

# TERVEYDEN EDISTÄMINEN POHJOIS-SAVON KUNNISSA

Aluekuvaus terveydenhuoltolakiin peilaten  
vuoden 2013 alussa

Mervi Lehmusaho

Opinnäytetyö  
Kesäkuu 2014

Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU  
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) Lehmusaho, Mervi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 9.6.2014
	Sivumäärä 98	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi TERVEYDEN EDISTÄMINEN POHJOIS-SAVON KUNNISSA – Aluekuvaus terveydenhuoltolakiin peilaten vuoden 2013 alussa		
Koulutusohjelma Terveyden edistämisen koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Tuomi, Sirpa Jaatinen, Kari		
Toimeksiantaja(t) Kokko Simo, Perusterveydenhuollon yksikkö/ Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Terveydenhuoltolaki (L 1326/2010) astui voimaan 1.5.2011. Lain 34 § velvoittaa samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvat kunnat laatimaan valtuustokausittain terveydenhuollon järjestämissuunnitelman, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. Suunnitelmassa on sovittava myös terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista, vastuutahoista ja eri toimijoiden välisestä yhteistyöstä.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa alueellinen tilannekuvaus siitä, miten Pohjois-Savon kunnat olivat huomioineet toiminnassaan terveydenhuoltolain velvoitteet sekä selvittää, mihin terveyden edistämisen teemoihin kunnat toivoivat alueellista tukea. Tilannekuvausta käytetään terveyden edistämisen näkökulmien osalta taustatietona alueellisen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laadinnassa Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikössä.</p> <p>Kuntien tilanne vuodenvaihteessa 2012 – 2013 kartoitettiin kuntajohdolle osoitetulla sähköisellä kyselyllä. Tutkimus oli pääosin kvantitatiivinen survey-tutkimus ja aineisto analysoitiin Webropol-ohjelman analytiikkaa hyödyntäen. Vastausprosentiksi saatiin 75 %. Vastanneista kunnista 67 % ilmoitti seuraavansa asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin ja 53 % raportoi näistä ja toteutuneista toimenpiteistä valtuustolle vuosittain. Ennakoarviointien käyttö oli kunnissa vielä vähäistä (27 %). Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutaho oli nimetty 57 %-lla joko omaan kuntaan tai yhteistoiminta-alueelle. Hyvinvointiryhmä toimi 40 %-ssa ja hyvinvointikertomustyö oli aloitettu 73 %-ssa vastanneista kunnista. Alueellisesti ”erittäin tärkeiksi” yhteisesti sovittaviksi teemoiksi kunnat kokivat päihdehaittojen vähentämisen (80 %), syrjäytymisvaarassa olevien terveyden edistämisen (73 %) ja ikääntyneiden toimintakyvyn tukemisen (60 %).</p>		
Avainsanat (asiasanat) Terveyden edistäminen, hyvinvointi, terveydenhuoltolaki, Pohjois-Savon kunnat		
Muut tiedot		



Author(s) Lehmusaho, Mervi	Type of publication Master's Thesis	Date 09062014
	Pages 98	Language Finnish
		Permission for web publication ( X )
Title HEALTH PROMOTION IN THE MUNICIPALITIES OF NORTHERN SAVO – A regional description reflected against the Health Care Act at the beginning of 2013		
Degree Programme Master's Degree Programme in Health Promotion		
Tutor(s) Tuomi, Sirpa Jaatinen, Kari		
Assigned by Kokko Simo, Primary Health Care Unit/ The Hospital District of Northern Savo		
<p>Abstract</p> <p>The Health Care Act (1326/2010) came into force on the 1<sup>st</sup> May 2011. Section 34 of the Act obliges the municipalities belonging to the same hospital district to produce a health care provision plan for each term of office of the municipal councils. The plan is based on health statistics and the service needs of the population. The plan must also state the goals of health and welfare promotion, the responsible parties and lines of cooperation.</p> <p>The purpose of the thesis was to produce a regional description on how the municipalities in Northern Savo had taken the obligations of the Health Care Act into account as well as to determine the areas of health promotion where municipalities hoped for regional support. With regard to the health promotion perspective, the regional description will be used as background information for creating a regional health care provision plan in the Primary Health Care Unit in the Hospital District of Northern Savo.</p> <p>The situation of municipalities was examined at the turn of 2012 - 2013 with an electronic survey directed at the municipal authorities. The study was mainly a quantitative survey, and the data was analysed by using the Webropol analysis software. The response rate was 75 %. 67 % of the respondents stated that they monitored the inhabitants' health and well-being and the factors influencing them in terms of population groups, and 53 % of them stated that they reported on actual measures to the council each year. The use of ex-ante assessments in the municipalities was still relatively low (27 %). The party responsible for health and well-being promotion was named by 57 % as either being in the municipality or in the co-operation area. A well-being promotion group existed in 40 % of the municipalities, and a review on welfare reporting had been initiated in 73 % of them. Themes on which a common agreement should be reached and which were deemed to be regionally "very important" were: the reduction of harms caused by substance abuse (80 %), health promotion for those at risk of exclusion (73 %), and supporting the functional capacity of the elderly (60 %).</p>		
Keywords Health promotion, well-being, The Health Care Act, Northern Savo municipalities		
Miscellaneous		

# SISÄLTÖ

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Terveyden edistäminen kunnassa .....</b>	<b>6</b>
2.1	Terveyden edistäminen käsitteenä.....	6
2.2	Normi- ja informaatio-ohjaus kuntien terveyden edistämisen tukena ....	9
2.2.1	Normiohjaus ja lainsäädäntö .....	9
2.2.2	Informaatio-ohjaus .....	14
2.3	Terveyden edistämisen toimintalinjat kunnassa .....	19
2.4	Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen.....	27
<b>3</b>	<b>Ennakkoarvointi osaksi päätöksentekoa .....</b>	<b>41</b>
3.1	Ennakkoarvioinnin menetelmästä .....	41
3.2	Ennakkoarvioinnin käyttöönoton onnistumisen edellytyksiä .....	43
3.3	Ennakkoarvioinnin haasteita .....	44
3.4	Ennakkoarviointien yleisyydestä kunnissa .....	46
<b>4</b>	<b>Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset .....</b>	<b>46</b>
<b>5</b>	<b>Toteutus .....</b>	<b>47</b>
5.1	Tutkimusmenetelmä ja mittarin laadinta .....	47
5.2	Aineiston keruu ja kohderyhmä .....	50
5.3	Aineiston analysointi .....	53
<b>6</b>	<b>Tulokset .....</b>	<b>54</b>
6.1	Kuntien hyvinvointijohtaminen ja terveyden edistämisen koordinointi .....	54
6.2	Kunnan järjestämät asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia tukevat ..... palvelut.....	57
6.3	Paikallinen ja alueellinen yhteistyö asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi.....	61
6.4	Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueellinen työ kuntien tukena .....	62
6.5	Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset.....	66
<b>7</b>	<b>Pohdinta.....</b>	<b>67</b>
7.1	Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen alueen kunnissa.....	67
7.2	Terveydenhuollon yhteistyö ja alueelliset palvelut.....	72
7.3	Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset näkökohdat.....	75
7.4	Tutkimuksen hyödynnettävyys .....	79
7.5	Jatkotutkimuksen aiheita .....	80

<b>Lähteet.....</b>	<b>81</b>
<b>Liitteet.....</b>	<b>91</b>
Liite 1. Saatekirje.....	91
Liite 2. Kyselylomake.....	92

## Kuviot

Kuvio 1. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet ja toimeenpano kunnassa (Perttilä 2010).....	35
Kuvio 2. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen kunnan johtamisjärjestelmässä (Perttilä 2012).....	36
Kuvio 3. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alueellinen johtaminen ja koordinaatio (Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa 2010, 21).....	40
Kuvio 4. Selvitykseen vastanneet tahot viiteryhmittäin prosentteina.....	54
Kuvio 5. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutaho kunnassa .....	55
Kuvio 6. Kunnassa on hyvinvointiryhmä tai vastaava. ....	56
Kuvio 7. Valtioneuvoston asetuksen (338/2011) mukaisesti järjestetyt toiminnot Pohjois-Savon kunnissa.....	59
Kuvio 8. Vanhuseläkettä saavien henkilöiden hyvinvointi- ja neuvontapalvelut .....	59
Kuvio 9. Kuntien keskeiset hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyötahot .....	61
Kuvio 10. Alueelliset tukitarpeet kuntien kokemina.....	64
Kuvio 11. Kuntien näkemys sairaanhoitopiirin kuntayhtymän onnistumisesta alueellisen asiantuntemuksen ja tuen tarjonnassa .....	65

## Taulukot

Taulukko 1. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä määrittävää ja tukevaa lainsäädäntöä Suomessa .....	11
Taulukko 2. Terveyden edistämiseen liittyviä ohjelmia ja suosituksia Suomessa 2000-luvulla, esimerkkeinä kansallisesta informaatio-ohjauksesta.....	17
Taulukko 3. TEA-viisarin osa-alueet perusterveydenhuollossa; Pohjois-Savon ja koko maan pisteet 2012 (TEA-viisari vertailutietojärjestelmä 2014).....	25
Taulukko 4. Johtamisen kokonaisuus perusterveydenhuollon 2012 TEA-viisarissa; Pohjois-Savon ja koko maan pisteet (TEA-viisari vertailutietojärjestelmä 2014) .....	26
Taulukko 5. Terveyden edistämisen johtamisvastuu perusterveydenhuollon 2012 TEA-viisarin mukaan Pohjois-Savossa ja koko maassa (TEA-viisari vertailutietojärjestelmä 2014) .....	27
Taulukko 6. Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämistapa ja kunnan yleishallinnossa linjattu hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen (Heiliö ym. 2013).....	32
Taulukko 7. PICO(t) mallinnus tutkimuksen suunnitteluvaiheessa.....	51
Taulukko 8. Pohjois-Savon alueellinen taustakuvaus vuonna 2012 kuntien väkiluvun ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämistavan mukaan .....	53

# 1 Johdanto

Yhteiskuntapoliittisin päätöksin vaikutetaan ihmisten mahdollisuuksiin tehdä terveyttä ja hyvinvointia tukevia tai heikentäviä valintoja ja saada palveluja. Päätökset ovat usein arvovalintoja taloudellisten reunaehtojen määrittämissä olosuhteissa. Suomessa on todennettavissa pitkäjänteisen terveyden edistämisen työn tuloksia: lihominen on pysähtynyt, tupakointi vähentynyt ja vapaa-ajan liikunta lisääntynyt (Vartiainen 2013). Vuosikymmenten kuluessa aikaansaatu kehitys voi muuttua, jos terveyden edistämisen voimavaroja vähennetään tai arvomaailma vaikuttaa toiseen suuntaan (mt.).

Suomen kansalliset terveyden edistämisen tavoitteet on linjattu Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa. Tavoitteet on laadittu ikäryhmittäin ja kaikille yhteisiksi. Yhteiset tavoitteet ovat: *lisää terveitä vuosia; tyytyväisyys terveystalouteen ja koettu terveys säilyvät vähintään 2000-luvun alkuvuosien tasolla; terveyden eriarvoisuus vähenee ja heikommassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat.* (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta 2001, 15 – 18). Kansalliset terveyttä ja hyvinvointia edistävät strategiat ja suositukset saadaan Suomen hallitusohjelman strategisesta toimeenpanosuunnitelmasta, missä yhdeksi painoalueeksi on linjattu *köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen ehkäiseminen.* (Hallitusohjelman seuranta 2014.)

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä ja asemasta kunnissa on säädetty useissa laeissa jo vuosikymmenten ajan. Keskeisimpiä näistä ovat Suomen perustuslaki (L 731/1999), kansanterveyslaki (L 66/1972), kuntalaki (L 365/1995) ja terveydenhuoltolaki (L 1326/2010). Lisäksi sosiaalihuoltolaissa (L 710/1982) on säädetty toiminnoista, joiden tarkoituksena on edistää yksityisen henkilön, perheen tai yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä.

Terveydenhuoltolaki astui voimaan 1.5.2011. Lakia sovelletaan myös kansanterveyslaissa (mt.) ja erikoissairaanhoidolaissa (L 1062/1989) säädetyn kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvan terveydenhuollon toteuttamiseen ja sisäl-

töön – terveydenhuoltoon kuuluvat terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito. (L 1326/2010.) Kuntalaissa (mt. 1 §) todetaan, että kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävää kehitystä alueellaan.

Terveydenhuoltolain (mt. 34 §) mukaan samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvien kuntien tulee laatia yhteistyössä alueellinen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. Järjestämissuunnitelmassa on sovittava sairaanhoitopiirin ja kuntien välisestä yhteistyöstä – myös terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuutahoista. Suunnitelma tulee laatia valtuustokausittain ja se hyväksytään sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä laissa määritellyin ehdoin. (L 1326/2010.)

Pohjois-Savon alueen kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelmatyö koordinoidaan Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksiköstä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa alueellinen tilannekuvaus siitä, miten alueen kunnat olivat huomioineet toiminnassaan terveydenhuoltolain velvoitteet sekä selvittää, mihin terveyden edistämisen teemoihin kunnat kaipaivat alueellista tukea. Kuntien käytäntöjä selvitettiin alkuvuodesta 2013 kuntajohdolle osoitetulla sähköisellä verkkokyselyllä. Tulokset esitetään alueellisena kuvauksena ja tilannekuvausta käytetään taustatietona terveyden edistämisen näkökulmien osalta Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kuntien alueellisen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laadinnassa.

Kuntien hyvinvointijohtaminen ja terveyden edistäminen ovat uusien haasteiden edessä, kun palvelurakenteita uudistetaan. Suomen hallituspuolueet linjasivat keväällä 2014 uudet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuualueet jatkovalmistelua varten. Sosiaali- ja terveysterveystoimet suunnitellaan ja tuotetaan jatkossa erityisvastuualueittain (Sosiaali- ja terveysterveystoimien järjestäminen kattavasti viidelle alueelle 2014). Hyvinvointijohtamista ja terveyden edistämisen käytäntöjä on tarpeen vahvistaa alueellisilla strategioilla ja tukitoimilla, joilla on yhteys kansalliseen, vuorovaikutteiseen ohjaukseen.



## 2 Terveyden edistäminen kunnassa

### 2.1 Terveyden edistäminen käsitteenä

*Terveyden edistäminen* on laaja käsite. Kirjallisuudessa viitataan usein Maailman terveysjärjestön, WHO:n (World Health Organization), Ottawan 1986 määritelmään, mikä on perustana myös uudemille määritelmille. WHO:n verkkosivuilla (WHO 19.4.2014) kuvataan *terveyden edistämistä (health promotion)* Ottawan julkilausumaan viitaten:

*Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being. (The Ottawa Charter for Health Promotion. 2014.)*

Jo Ottawan julkilausumassa 1986 terveyden edistämiseen liitettiin myös terveellinen yhteiskuntapolitiikka, terveyttä tukevat ympäristöt, yhteisön toiminnan vahvistaminen ja yksilön henkilökohtaisten taitojen kehittäminen sekä terveyspalveluiden uudistaminen sairauksien ehkäisyä ja yksilön terveyttä vahvistaviksi. Osallistamalla lisätään ihmisten valmiuksia ja mahdollisuuksia huolehtia omasta ja ympäristönsä hyvinvoinnista. (The Ottawa Charter for Health Promotion. 2014.) Ottawan konferenssiin tuotettiin terveyden edistämisen logo – Health promotion emblem, mikä vertauskuvallisesti viittaa terveyden edistämisen strategisiin linjauksiin ja niiden eteenpäin saattamiseksi tarvittaviin toimintatapoihin. WHO otti tämän logon myös viralliseksi terveyden edistämisen logoksi Ottawan konferenssin jälkeen. (The Ottawa Charter for Health Promotion. 2014, luku Health Promotion Emblem.)

Terveyden edistämisen laatusuosituksessa (2006, 15) *terveys* ymmärretään hyvinvointina, toimintakykyisyytenä ja tasapainoisena vuorovaikutuksena ihmisten ja ympäristön välillä. Terveyttä määrittävät tekijät, determinantit, ovat yksilöllisiä, sosiaalisia, rakenteellisia tai kulttuurisia tekijöitä, jotka voivat vah-

vistaa tai heikentää ihmisten terveyttä. Terveyttä tukevat voimavarat, asenteet, arjen sujuminen, terveyskäyttäytyminen, kyky omaksua ja tulkita terveystietoa sekä käytettävissä oleva tuki tai palvelut välittävät determinanttien vaikutusta. (Terveystieteen edistämisen laatusuositus 2006, 16.)

*Hyvinvointi* on käsitteenä terveyttä laajempi. Hyvinvointi ”tilana” syntyy ihmisten itsensä, lähiyhteisön, palvelujärjestelmän ja yhteiskuntapolitiikan yhteisenä tuotoksena (Liimatainen & Ryttyläinen 2006, 7). Hyvinvoinnin osatekijät jaetaan kolmeen ulottuvuuteen: terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin tai elämänlaatuun. Koettu hyvinvointi sisältää myös tiedollisen, sivistyksellisen ja sosiaalisen ulottuvuuden sekä hyvinvointi laajemmin ymmärrettynä arvoulottuvuuden, mihin kuuluvat rauha, tasa-arvo, demokratia ja ihmisoikeuksien kunnioitus (Lehtonen 2013). Suomessa hyvinvointi- ja terveyserojen sosiaalisina määrittäjinä pidetään köyhyyttä, lapsuuden ja nuoruuden elinoloja, työoloja ja työttömyyden hoitoa sekä maahanmuuttajien hyvinvointia ja kotoutumista. Elintavat ovat vahvasti yhteydessä elinoloihin ja kulttuuriseen ympäristöön – näiden tukea väestön ja yksilön valinnoille kannattaa hyödyntää. Hyviä esimerkkejä ovat johdonmukainen alkoholi- ja tupakkapolitiikka sekä joukkoruokailun kehittäminen. (Rotko, Aho, Mustonen ja Linnanmäki 2011, 3 – 6, 19.)

Terveystieteenhuoltolain (L 1326/2010) määritelmä *terveyden edistämisestä*:

*Terveystieteen edistäminen on yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä suunnitelmallinen voimavarojen kohdentaminen terveyttä edistävällä tavalla (L 1326/2010, 1 luku, 3 §).*

Perttilä, Hakamäki, Hujanen ja Ståhl kuvasivat terveyden edistämistä, lukien siihen mukaan hyvinvoinnin, Terveystieteen edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa (2009, 11 – 12), TEVA-hankkeen väliraportissa hieman aiemmin:

*Terveystieteen edistämällä tarkoitetaan kaikkea sitä toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveyden ja toimintakyvyn lisääminen, kansantautien, tapaturmien ja muiden sairauksien ja terveysongelmien vähentäminen sekä väestöryhmien välisten terveys-*

*erojen kaventaminen. Terveyden edistämisessä on kysymys terveystieteiden huomioon ottamisesta eri hallinnonalojen toiminnassa, yhteisten tavoitteiden asettamisesta ja systemaattisesta tavoitteiden toteuttamisesta, toteutumisen seurannasta ja arvioinnista sekä johtopäätösten tekemisestä arvioinnin perusteella.*

*Kuntien terveyttä edistävän työn tavoitteena on lisätä asukkaiden terveyttä, toimintakykyä ja hyvän elämän edellytyksiä. Terveyden edistäminen on yksilön terveyskäyttäytymisen ja sosiaali- ja terveystieteiden lisäksi toimintaa, jolla pyritään muuttamaan sosiaalisia, taloudellisia ja ympäristöön liittyviä olosuhteita hyvinvointia ja terveyttä edistämiseksi. (Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa 2009, 11 – 12.)*

Tässä opinnäytetyössä terveyden edistämisen käsitteessä huomioidaan Ottawan konferenssin 1986 linjaukset (The Ottawa Charter for Health Promotion. 2014), Terveyden edistämisen laatusuositus (2006, 15 – 16) ja terveydenhuoltolain (L 1326/2010) terveyden edistämisen määritelmä. Näissä määritelmissä terveyden edistämiseen on kytketty myös koettu hyvinvointi ja sen edistäminen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen johtaminen.

Hyvinvointitavoitteet laajentavat terveyden edistämisen osaksi kunnan hyvinvointijohtamista. Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO) -esitutkimusraportissa Uusitalo, Perttilä, Poikajärvi ja Rimpelä (2003, 53) määrittivät *hyvinvointijohtamista*:

*Hyvinvointijohtamisella tarkoitetaan kunnan strategista johtamista ja valittujen strategioiden toimeenpanoa väestön hyvinvoinnin ja alueen kestävä kehityksen näkökulmista. Käytännössä hyvinvointijohtaminen tuo kuntasuunnitteluun ja kunnan keskushallintoon hyvinvoinnin haasteet tasavertaisesti taloushaasteiden rinnalle. (Uusitalo ym. 2003, 53.)*

Uusitalo ja muut (2003, 53) esittivät TEJO-hankkeessa *hyvinvointijohtamisen* rajaamista laajasta kuntajohtamisen kokonaisuudesta:

*”...sitä johtamisen näkökulmaa, jossa otetaan huomioon kuntalaisten hyvinvoinnin ylläpitämisen ja edistämisen tarpeet.”*

Kansallisessa selvityksessä vuonna 2009 noin puolet Suomen kunnista käytti käsitettä *hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen* ja kolmannes kunnista *terveyden edistäminen* sekä vajaa 20 % muuta käsitettä (Kokko, Heinämäki, Tynkkynen, Haverinen, Kaskisaari, Pekurinen ja Tammelin 2009, 99).

*Health in All Policies (HiAP)* –käsite määriteltiin lyhyesti WHO:n kahdeksatta terveyden edistämisen maailmankonferenssia varten:

*Health in All Policies is an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts, in order to improve population health and health equity.*  
(Health in All Policies 2013.)

Suomi on muiden Pohjoismaiden tavoin edelläkävijä *Health in All Policies (HiAP)* – *Terveys kaikissa politiikoissa* –toimintakulttuurissa. HiAP-linjauksin tavoitteena on lisätä väestön terveyttä ja toimintakykyä, ehkäistä kansantauteja, tapaturmia ja muita terveysongelmia sekä kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Tavoitteet on mahdollista saavuttaa eri hallintokuntien ja toimijoiden välisellä yhteistyöllä. (Health in All Policies 2013; Melkas 2013.) Näitä näkökulmia tukee myös voimassa oleva terveydenhuoltolaki (mt.).

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on kokonaisuus, mikä ulottuu poliittisesta päätöksenteosta ja hallinnosta kunnan eri toimiala- ja ammattilaistasoille sekä kolmannen sektorin toimintaan. Kokonaisuudessa on oleellista yhteinen näkemys tavoitteista, niihin sitoutuminen ja yhteistyö. Käytännönläheisiä tarkastelunäkökulmia ovat kunnat kokonaisuutena ja toimialoittain, eri organisaatiot, yhteisöt ja yksilöt.

## **2.2 Normi- ja informaatio-ohjaus kuntien terveyden edistämisen tukena**

### **2.2.1 Normiohjaus ja lainsäädäntö**

Normiohjauksella tarkoitetaan laeilla, asetuksilla ja alemmanasteisilla säädöksillä toteutettua ohjausta (Informaatio-ohjaus kuntien tukena hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä 2011, 6). Lainsäädäntö ensisijaisesti ohjaa, miten ja mitä palveluja kunnissa järjestetään.

Valtioneuvoston verkkosivuilla todetaan, että sosiaali- ja terveysministeriön (STM) tehtävänä on edistää väestön hyvää terveyttä ja toimintakykyä sekä

terveellistä työ- ja elinympäristöä, turvata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja kohtuullinen toimeentulo elämän eri vaiheissa ja edistää sukupuolten välistä tasa-arvoa. Sosiaali- ja terveysministeriö johtaa ja ohjaa sosiaaliturvan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämistä ja toimintaa. Ministeriö myös määrittelee sosiaali- ja terveyspolitiikan suuntaviivat, valmistelee lainsäädännön ja keskeiset uudistukset sekä ohjaa näiden toteuttamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä ja asemasta kunnissa on säädetty useissa laeissa (taulukko 1). Terveyden edistämisen lainsäädäntö perustuu kuntalakiin (L 365/1995, 1 §), perustuslakiin (L 731/1999, 19 §) ja terveydenhuoltolakiin (L 1326/2010, 2 ja 4 luvut). Terveydenhuoltolakia edelsi kansanterveyslaki (L 66/1972, säädösmuutokset 928/2005 ja 1327/2010) ja laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (L 169/2007).

Kuntalain (L 365/1995, 1 §) mukaan kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävästä kehitystä alueellaan. Myös Suomen perustuslaissa (L 731/1999, 19 §) todetaan, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Näin ollen kunnan tulee tietoisesti kohdentaa voimavaroja kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen.

Kansanterveyslaissa (L 66/1972, säädösmuutos 1327/2010, 1 §) määriteltiin kansanterveystyön sisältöön kuuluvana yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuva terveyden edistäminen sekä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy ja yksilön sairauden hoito. Lisäksi kansanterveyslain uudistuksessa (928/2005, 14 §) säädettiin kansanterveystyön laaja-alaisista tehtävistä kunnassa. Näissä asioissa nojaututaan nyt terveydenhuoltolakiin. (Mt.) Laissa (169/2007) säädettiin kunnan ja yhteistoiminta-alueiden muodostamisesta ja niiden yhteistoiminnasta.

Taulukko 1. Terveiden ja hyvinvoinnin edistämistä määrittävää ja tukevaa lainsäädäntöä Suomessa

---

**Ajantasainen lainsäädäntö**

---

L 365/1995, 1 §	kuntalaki
L 731/1999, 19 §	Suomen perustuslaki
L 1326/2010, 2 ja 4 luvut	terveydenhuoltolaki

---

**Tarkentava ja erityislainsäädäntö**

---

L 66/1972, säädösmuutokset 928/2005, 14 §; 1327/2010, 1 §	kansanterveyslaki <sup>1)</sup>
L 693/1976	tupakkalaki
L 710/1982	sosiaalihoitolaki
L 828/1982	raittiustyölaki
L 1143/1994	alkoholilaki
L 169/2007	laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta
L 417/2007	lastensuojelulaki
L 980/2012, 1 – 2 §, 12 §	laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista

---

<sup>1)</sup> Terveidenhuoltolaki korvaa kansanterveyslaissa määritellyt kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvan terveydenhuollon toteuttamisen ja sisällöt, ei rakenteita.

Terveidenhuoltolaki astui voimaan 1.5.2011 ja sitä sovelletaan kansanterveyslaissa (mt.) ja erikoissairaanhoidolaissa (L 1062/1989) säädetyn kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvan terveydenhuollon toteuttamiseen ja sisältöön. Terveidenhuollon rakenteita koskevat säännökset jäivät ennalleen kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin, mutta niistä säädetään tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa. Terveidenhuoltolain kuntaa koskevat säädökset koskevat myös kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annettussa laissa (L 169/2007) tarkoitettua yhteistoiminta-aluetta (L 1326/2010, 1 §). Kunta- ja sairaanhoidopiiritasoisesta terveyden edistämisestä ja alueellisesta yhteistyöstä on myös säädetty terveydenhuoltolain (mt.) neljännessä luvussa.

Terveiden ja hyvinvoinnin edistämiseen viitataan useissa terveydenhuoltolain (L 1326/2010) kohdissa: 1 §, 2 §, 3 §, 4 §, 32 §, 34 §, 36 §. Terveidenhuoltolain luku 2 käsittelee laajasti terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä (mt.). Päätösten valmisteluissa on arvioitava ja otettava huomioon tehtävien päätösten vaikutukset väestön terveyteen ja hyvinvointiin (11 §) – näihin soveltuvat hyvin ennakoarvioinnin menetelmät. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen kunnassa (12 §) – kunnan on seurattava asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä raportoiva toteutetuista toi-

menpiteistä valtuustolle vuosittain; laajempi hyvinvointikertomus on laadittava kerran valtuustokaudessa. Strategiseen suunnitteluun kuuluvat tavoitteiden asettaminen, toimenpiteiden ja mittareiden määrittely sekä vastuutahojen nimeäminen. Lisäksi edellytetään toimialojen välistä yhteistyötä ja muiden kunnassa toimivien tahojen kanssa tehtävää yhteistyötä sekä yhteistoiminta-alueen asiantuntijuuden hyödyntämistä yhteistyössä ja ennakkoarvioinneissa. (Mt. 2 luku.)

Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen terveydenhuollon palveluiden osana käsitellään terveydenhuoltolain 13 – 23 §:ssä. Terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista todetaan, että terveysneuvonta kuuluu kaikkiin terveydenhuollon palveluihin ja terveysneuvonta ja -tarkastukset tulee järjestää myös opiskelu- ja työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille (mt. 13 §).

Terveidenhuoltolain 20 § iäkkäiden neuvontapalveluista on jo kumottu ja laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystarpeista (L 980/2012) astui voimaan 1.7.2013. Lain 12 §:ssä määritellään terveydenhuoltolakia tarkemmin kunnan velvoitteita ikääntyneiden hyvinvointia edistäville palveluille:

*Kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluja. Lisäksi kunnan on tarjottava hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä erityisesti niille ikääntyneeseen väestöön kuulumille, joiden elinoloihin tai elämäntilanteeseen arvioidaan tutkimustiedon tai yleisen elämäkokemuksen perusteella liittyvän palveluntarvetta lisääviä riskitekijöitä.*  
(L 980/2012, 12 §.)

lääkille tarjottuihin sosiaali- ja terveystarpeiden palveluihin on sisällytettävä monipuolisia ohjauspalveluja: 1) hyvinvoinnin, terveellisten elintapojen ja toimintakyvyn edistämiseen sekä sairauksien, tapaturmien ja onnettomuuksien ehkäisyyn liittyvä ohjaus; 2) sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien tunnistaminen ja varhainen tuki; 3) sosiaalihuoltoa ja sosiaaliturvaa koskeva ohjaus; 4) sairaanhoitoa, kuntoutusta ja turvallista lääkehoitoa koskeva ohjaus sekä 5) ohjaus kunnassa tarjolla olevien hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä tukevien palvelujen käyttöön. (L 980/2012, 1 – 2 §.)

Terveystenhuoltolain 4 luvussa käsitellään terveydenhuollon yhteistyötä ja alueellisia palveluja (32 – 37 §). Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö (32 §) on edellytys tehtävien asianmukaiselle hoitamiselle potilaan hoidon ja palvelutarpeiden kannalta. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöstä säädetään 33 §:ssä, terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta 34 §:ssä ja perusterveydenhuollon yksiköstä 35 §:ssä. Terveysten, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistämistä alueellisesti on säädetty 36 §:ssä: sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee tarjota asiantuntemusta ja tukea kunnille järjestämällä koulutusta, kokoamalla hyvinvointi- ja terveysseurantatietoja sekä levittämällä kuntien käyttöön sairauksien ja ongelmien ehkäisyn näyttöön perustuvia toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä. Myös terveyden ja hyvinvoinnin alueelliset strategiat on valmisteltava yhteistyössä kuntien kanssa ja niissä on otettava huomioon eri toimialojen toiminta. (Mt. 32 – 36 §.)

Terveystenhuoltolain lisäksi sosiaalihuollon lainsäädäntöä uudistetaan. Uudella sosiaalihuoltolailla (Työryhmä: Uusi sosiaalihuoltolaki vahvistaa asiakkaan oikeutta saada palveluja 2012) halutaan turvata eri väestö- ja ikäryhmien oikeus riittäviin sosiaalipalveluihin, painottaa ennaltaehkäisevää toimintaa ja varhaista tukea sekä vahvistaa toimijoiden välistä yhteistyötä. Luonnoksessa uudeksi sosiaalihuoltolaiksi lain 2 luku käsittelee hyvinvoinnin edistämistä (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti 2012, 170 – 172). Luonnoksessa on useita yhtäläisyyksiä terveydenhuoltolain kanssa: lakiluonnoksen 6 § koskee hyvinvointivaikutusten huomioonottamista, 7 § väestön hyvinvoinnin edistämistä kunnassa ja 9 §:ssä säädetään kunnan hyvinvointiraportoinnista ja hyvinvointikertomuksesta (mts. 109 – 112). Yhtäläisyydet koskevat erityisesti terveydenhuoltolain 11 §:n ja 12 §:n sisältöjä. Lisäksi luonnoksessa on yleisiä säädöksiä eri toimialojen tarjoaman tuen hyödyntämisestä (10 §), neuvonnasta, ohjauksesta ja muista ennaltaehkäisevistä toimista (11 §) sekä edellytysten luomisesta sosiaalista hyvinvointia edistävälle toiminnalle (13 §) (mts. 113 – 116).



Lainsäädännöt uudistuvat. Loppuvuodesta 2013 julkistettiin Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän loppuraportti (2013), missä oli hallituksen esityksen muotoon kirjoitetut ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen keskeisistä periaatteista. Ehdotukset perustuvat hallitusohjelmaan, hallituksen vuosien 2014 – 2017 kehyspäättökseen ja pääministerin asettaman koordinaatioryhmän linjauksiin (Varhila 2013).

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoiminnasta todettiin järjestämislain valmisteluryhmän loppuraportissa (mts. 14), että kehittämistoiminta perustuu nelivuotiskausittain laadittavaan kansalliseen kehittämisohjelmaan ja tavoitteiden ja toimintojen suunnittelua ja ohjausta varten valtioneuvosto asettaa neuvottelukunnan.

Hallitusesityksen luonnos oli lausuntokierroksella kunnissa alkuvuodesta 2014. Maaliskuussa 2014 Suomen hallituspuolueet yllättäen sopivat, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestetään palvelurakennemuutoksen jälkeen viidellä maantieteellisellä alueella, jotka vastaavat maantieteellisesti aikaisempia erityisvastuualueita (Sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen kattavasti viidelle alueelle 2014). Lakiesityksen valmistelu jatkuu vuonna 2014.

Vuoden 1993 valtiosuosityjärjestelmän uudistuksen jälkeen Suomen ohjausjärjestelmässä normiohjaus korvattiin osin informaatio-ohjauksella, missä lähtökohtana on välitetty tieto. Normiohjausta ja taloudellista ohjausta pidetään tehokkaampina ohjauskeinoina kuin informaatio-ohjausta. (Informaatio-ohjaus kuntien tukena hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä 2011, 4 – 6.)

### 2.2.2 Informaatio-ohjaus

Valtiosuosityuudistus 1990-luvulla lisäsi kuntien itsehallintoa ja valtion käyttöönottamalla informaatio-ohjauksella tavoiteltiin valtion ja kuntien yhteistyötä (Heinämäki 2012, 6). Informaatio-ohjaus on suositteluvaa ja vaikuttamaan pyrkivää sekä tavoitteellista tiedon kaksisuuntaista välittämistä (Informaatio-ohjaus kuntien tukena hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä 2011, 6). In-

formaatio-ohjaus jaetaan sisällön mukaan kuvailevaan, vertailevaan tai hyviä käytäntöjä välittävään tietoon. Hyviä käytäntöjä välitetään kehittämisohjelmien, hankkeiden, projektien, erilaisten suositusten, oppaiden ja koulutusten avulla. Toiminnan perusteella informaatio-ohjaus voidaan jakaa politiikka- ja strategiatasoon; tutkimus-, kehittämis- ja koulutustasoon sekä viestintätasoon. (Mts. 2011, 6 – 7.)

Kansainvälinen terveystoiminta ohjaa osaltaan Suomen kansallisia linjauksia terveyden edistämiseksi, mutta myös Suomen esimerkit ovat kiinnostaneet kansainvälisesti – esimerkiksi HiAP-käytännöt. WHO:n terveyden edistämisen maailmankonferenssi on järjestetty kahdeksan kertaa eri puolilla maailmaa, Ottawan konferenssi vuonna 1986 oli näistä ensimmäinen ja Helsingin konferenssi vuonna 2013 oli järjestyksessään kahdeksas. Maailmankonferensseissa on tarkennettu ja syvennetty keskeisiä painoalueita; Helsingin konferenssissa tarkastelunäkökulmana oli Terveys kaikissa politiikoissa (Health in All Policies – HiAP). (Global Conferences on Health Promotion 2014.)

Euroopan komissio puolestaan laati vuonna 2007 Valkoisen kirjan, Yhdessä terveyden hyväksi – EU:n strateginen toimintamalli vuosiksi 2008 – 2013 (Valkoinen kirja 2007. 2014). EU:n terveystoimintasuunnitelmassa vuosille 2008 – 2013 oli neljä, myös painoalueina näkyvää periaatetta (Valkoinen kirja 2007. 2014):

1. *Yhteisiin terveyttä koskeviin arvoihin keskittyminen ja potilaiden asettaminen etusijalle sekä tasa-arvon lisääminen;*
  2. *Terveyden ja taloudellisen hyvinvoinnin välisten yhteyksien tunnistaminen;*
  3. *Terveystoimintasuunnitelmien sisällyttäminen kaikkeen politiikkaan ja*
  4. *EU:n vaikutusvallan vahvistaminen terveysasioissa maailmanlaajuisesti – erityisesti kansainvälisten järjestöjen kanssa tehtävänä yhteistyönä.*
- (Valkoinen kirja 2007. 2014.)

Suomen kansalliset terveyden edistämisen tavoitteet on linjattu Terveys 2015 –kansanterveysohjelmaan (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta 2001). Yhteisinä tavoitteina ohjelmassa on *lisää terveitä vuosia; tyytyväisyys terveyspalveluihin ja koettu terveys säilyvät vähintään 2000-luvun alkuvuosien tasolla sekä terveyden eriarvoisuus vähenee* (mts. 15 – 18). Suomen hallitusohjelman strategisessa toimeenpanosuunni-

telmassa on yhtenä painoalueena linjattu *köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen ehkäiseminen*. (Hallitusohjelman seuranta 2014.) Ohjelmalla on yhteys EU 2020 -ohjelman kansalliseen toimeenpanoon (Hallitusohjelman strateginen toimeenpanosuunnitelma – kärkihankkeet ja vastuut 2011, 7) ja WHO:n Health 2020 –ohjelmaan, missä keskeisinä painoalueina mainitaan *terveyden tasa-arvo, terveyspalvelut ja näyttöön perustuvat hyvät käytännöt* (Health 2020: the European policy for health and well-being 2014). Suomessa myös Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen uusi strategia vuosille 2011 – 2020 on nimetty Terveystä hyvinvointia – 2020 – hyvinvoinnista terveyttä, missä on huomioitu kansainväliset linjaukset (Terveystä hyvinvointia – 2020 – hyvinvoinnista terveyttä 2014).

Julkaisussa Informaatio-ohjaus kuntien tukena hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä (2011) informaatio-ohjauksen tuotteistusesimerkkinä kuvattiin terveydenhuoltolain toimeenpanosuunnitelma, mihin sisältyi kansallinen, alueellinen ja paikallinen viestintä sekä alueiden keskeisten sanomaa eteenpäin vievien tahojen sitouttaminen. Tavoitteena oli yhtenevä sanoma ja sen hyvä vastaanotto kunnissa. (Mts. 5, 16 – 17.) Viestinnällä on tärkeä rooli hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä tiedon oikea-aikaisen välittymisen sekä viestinnän monikanavaisuuden ja vastavuoroisuuden toteutumiseksi ammattilaisten, kansalaisten ja päätöksentekijöiden välillä.

Erilaiset terveyden edistämiseen liittyvät ohjelmat ja suositukset edustavat kansallista informaatio-ohjausta Suomessa (taulukko 2). Alkoholiohjelma on hyvä esimerkki, missä on onnistuttu vakiinnuttamaan ohjelmatyö myös varsin naisten ohjelmakausien jälkeiselle ajalle. Alkoholiohjelmaa on viety eteenpäin erilaisin kumppanuuksin: Ohjelman strateginen vastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on ohjelman pääkoordinaattori ja se tekee yhteistyötä aluehallintovirastojen kanssa tukien alkoholihaittojen ehkäisyä myös paikallis- ja aluetasolla. (Alkoholiohjelma 2014.)

Taulukko 2. Terveysten edistämiseen liittyviä ohjelmia ja suosituksia Suomessa 2000-luvulla, esimerkkeinä kansallisesta informaatio-ohjauksesta

Ohjelma tai suositus (viranomaistaho)	Ajanjakso (vuodet)
Terveys 2015 - kansanterveysohjelma (STM 2001)	2001 – 2015
Terveysten edistämisen laatusuositus (STM 2006)	2006 –
Alkoholiohjelma (STM 2005)	2004 – 2007
Alkoholiohjelma (STM ja THL 2008)	2008 – 2011; 2012 –
Terveysten edistämisen politiikkaohjelma 2007 - 2011 (Vnk 2011)	2007 – 2011
Kaste-ohjelma <sup>1)</sup> 2008 – 2011 (STM 2008)	2008 – 2011
Kaste II -ohjelma 2012 – 2015 (STM 2012)	2012 – 2015
Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008 – 2011 (STM 2008)	2008 – 2011
Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma – ehdotukset mielenterveys ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 (STM 2012)	2012 – 2015
Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön –toiminta-ohjelma 2009 – 2011 (STM 2009)	2009 – 2011
Kansallinen muistiohjelma 2012 – 2020 (STM 2012)	2012 – 2020
Kansallinen lihavuus laskuun 2012 – 2015 -ohjelma (THL 2012)	2012 – 2015
Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 (STM 2010)	2011 – 2020
Terveystestä hyvinvointia - 2020 - hyvinvoinnista terveyttä, THL:n vuonna 2011 julkaisema strategia	2011 – 2020
Muutosta liikkeellä - Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020 (STM 2013)	2013 – 2020

<sup>1)</sup> Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2008 – 2011(STM 2008)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste on sosiaali- ja terveysministeriön strateginen ohjausväline, jolla johdetaan ja uudistetaan suomalaista sosiaali- ja terveystaloutta ja sen osana terveyden edistämisen toimintoja (Terveysten edistämisen määrärahan käyttösuunnitelma vuodelle 2014. 2014, 2). Kaste-ohjelmassa on nostettu tavoitteiksi kaventaa väestöryhmien hyvinvointi- ja terveyseroja ja järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut asiakaslähtöisesti. Palveluissa painopistettä pyritään siirtämään ongelmien hoidosta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen koko väestössä. Ohjelman tavoitteet on suunniteltu saavutettavan kuntien ja kuntayhtymien, eri hallinnonalojen, järjestöjen, seurakuntien, yritysten, koulutusyksiköiden sekä kansallisten ja alueellisten tutkimus- ja kehittämisyksiköiden yhteistyöllä. (Mts. 2.)

Heinämäki (2012, 6) kuvasi Suomen 2000-luvun ohjelmaohjausta ohjelmallisena toimintatapana, joka sisälsi kymmeniä sosiaali- ja terveydenhuollon oh-

jelmia 2000 – 2010 (ks. myös taulukko 2). Ohjelmaohjaus politiikkatason ohjauksena on tavoitellut poikkisektorista vaikuttamista hyvinvointiin koko yhteiskunnassa, kun valtionohjaus aikaisemmin kohdentui aluehallinnon kautta suoraan kuntiin (mts. 203). Heinämäen (2012) tutkimuksen mukaan ohjelmaohjaus ei ollut vastannut hallinnon ja politiikkatoimien muutosten synnyttämään ohjauksen muutostarpeeseen. Tutkimuksessa haastatellut kuntien sosiaali- ja terveysjohtajat eivät kokeneet ohjelmia ohjauksena, vaan mahdollisena tukena omille toimintalinjoille kunnassa. (Mts. 6, 200.)

Viestintänäkökulma korostaa informaatio-ohjauksen vuorovaikutteisuutta – onko vuorovaikutusta ja moneenko suuntaan? (Informaatio-ohjaus kuntien tukena hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä 2011, 7). Kehitystyössä informaatio-ohjauksella tulisi luoda muutospainetta ja synnyttää yhteinen visio sekä tukea muutoksen toteutusta (mts. 11). Viestintänäkökulmaa, työkaluja ja kohderyhmän osallistumista informaatio-ohjaukseen sen kaikilla tasoilla ja eri vaiheissa pidetään tärkeinä (mts. 15). Haasteisiin vastataan tehostamalla ohjauksen koordinoitua ja kohdennettua levittämistä; tuotteistamalla ja standardoimalla ohjaus sekä kehittämällä vuorovaikutteista viestintää ja alueellista dialogisuutta (mts. 7). On suositeltu ohjauksen kytkemistä muihin ohjausmuotoihin ja poliittiseen tavoiteasetteluun – myös seuranta ja vaikuttavuusarviointia tulee kehittää. Julkaisun Informaatio-ohjaus kuntien tukena hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä (2011, 12) mukaan valtionhallinnossa on toivottu lisäävän kuntatuntemusta, taloudellista arviointia, tietojohdantamista sekä viestintää ja ohjausvälineiden käyttöä, kun taas kuntatasoa on kannustettu tiedon hyödyntämiseen, johtamisen ja prosessien vahvistamiseen. Osaa näistä asioista puolsi myös Heinämäen (2012, 203 – 205) tutkimus.

Sosiaali- ja terveysministeriön, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Suomen Kuntaliiton vuorovaikutus ja yhteistyö informaatio-ohjauksen toteuttajina on viimeksi kuluneina vuosina vahvistunut terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen kysymyksissä. Esimerkkeinä tästä ovat uusien lakien maakunnalliset toimenpanokierrokset selkein viestein ja kunkin organisaation verkkosivuilta

löytyvät toisiaan tukevat sisällöt. Seuraavassa on kuvaus Kaste-ohjelmasta Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivuilla:

*Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015 on sosiaali- ja terveydenhuollon pääohjelma, joka määrittelee alan uudistustyön tavoitteet ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi. Ohjelman tavoitteena on hyvinvointi- ja terveys-erojen kaventuminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti. Tavoitteisiin vastataan kuudella osaohjelmalla. Kaste-ohjelmassa luodaan, arvioidaan, levitetään ja juurrutetaan uusia hyviä käytäntöjä. (Kaste-ohjelma 2013.)*

Ohjelmien valmistelu- ja suunnitteluvaiheisiin on kaivattu dialogisuutta; esimerkiksi Kaste-ohjelman sisällöistä päätetään valtakunnallisen, alueellisen ja kuntatason yhteistyönä. Kuntaryhmä (Informaatio-ohjaus kuntien tukena hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä 2011, 15) piti tärkeänä siirtymistä yksittäisistä hankkeista ja projekteista pitkäjänteisempään kehittämistyöhön ja nykyistä suurempiin hankekokonaisuuksiin. Ohjelmille ja kunnille suositeltiin konkreettisia toimeenpanosuunnitelmia, kehittämistyöhön työkaluja ja tarvittaessa ohjausta kehittämistyön toteutukseen unohtamatta tutkimus- ja kehitystyön tulosten juurrutusta ja niiden varhaista suunnittelua. (Mts. 15.)

### **2.3 Terveyden edistämisen toimintalinjat kunnassa**

Terveyden edistämisen laatusuositus (2006) jäsentää terveyden edistämisen kokonaisuutta ja tukee kuntien omaa laadunhallintatyötä. Terveyden edistämisen kunnan tehtävänä jäsennetään laatusuosituksessa kuuteen toimintalinjaan ja niihin sisältyviin suosituksiin. Toimintalinjat ovat:

1. Terveyden edistämisen toimintapolitiikka ja johtaminen;
  2. Terveyttä edistävät elinympäristöt;
  3. Terveyttä edistävä yhteistyö ja osallistuminen;
  4. Terveyden edistämisen osaaminen;
  5. Terveyttä edistävät palvelut;
  6. Terveyden edistämisen seuranta ja arviointi.
- (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 3.)

Seuraavassa kuvataan joitakin esimerkkejä laatusuosituksen toimintalinjojen sisällöistä ja suosituksista yhdistäen niitä myös muihin lähteisiin. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista kuvataan laajemmin omassa luvussaan.

### **Terveyden edistämisen toimintapolitiikka ja johtaminen**

Kunnanvaltuusto päättää kuntapolitiikan suunnasta ja hyväksyy kunnan strategiset painoalueet. Valtuusto hyväksyy valtuustokausittaisen hyvinvointikertomuksen ja vuosittaiset hyvinvointiraportit. Valtuusto myös seuraa, onko hyvinvointikertomukseen ja vuosittaisiin raportteihin kirjatut tavoitteet saavutettu ja toimenpiteet toteutettu. (Miten kunnassa toimivat tahot voivat tukea kunnan hyvinvointijohtamista ja kuntalaisten hyvinvoinnin edistymistä? 2014, 13.)

Kunnanhallitus valmistelee hyvinvointia koskevat asiat päätettäväksi valtuustolle ja toimeenpanee valtuuston päätöksiä (mts. 14). Kunnanhallitus hyväksyy hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisjärjestelmän ja johtamisvastuut sekä työnjaon ja hallinnonalat ylittävien tehtävien käytännöt. Tavoitteena on, että eri hallinnonalat muotoilevat yhteiset tavoitteet hallinnonalakohtaisissa suunnitelmissa omiksi tehtävikseen. Väestön tarpeista lähtevä toiminta haastaa hallinnonalat yhteistyöhön, missä tulee huomioida myös kansallinen terveyden edistämisen ohjaus ja käytettävissä olevat voimavarat. Keskeisiä sisältöjä ovat johtaminen, vastuut ja verkostoituminen sekä hyvinvointikertomus, indikaattorit, tavoitteet, seuranta ja ennakkoarvioinnit. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 19 – 20.)

### **Terveyttä edistävät elinympäristöt**

Terveyttä edistävällä elinympäristöllä tarkoitetaan ympäröivän luonnon lisäksi rakennettua, sosiaalista, kulttuurista ja taloudellista elinympäristöä. Laatusuosituksessa kuvataan terveyttä edistävä elinympäristö esimerkiksi esteettömänä, turvallisena, viihtyisenä ja sosiaalista hyvinvointia edistävänä. Terveyttä tukevan elinympäristön suunnittelu edellyttää terveystieteiden huomiointia päätöksentekoa yhdyskuntarakentamisessa. Suositukset liittyvät eri hallinnonalojen asettamiin tavoitteisiin, riskikartoituksiin ja alueen asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksiin uutta suunniteltaessa ja aluetta kehitettäessä, sekä seurannan suunnitteluun. (Mts. 2006, 21 – 22.)

## **Terveyttä edistävä yhteistyö ja osallistuminen**

Yksilön ja yhteisöjen näkökulmasta osallistuminen ja osallisuus tukevat terveyttä ja hyvinvointia. Osallistuminen edellyttää myös omakohtaista kiinnostusta ja mahdollisuuksia vaikuttaa. Kunta puolestaan voi kehittää hallinto- ja päätöksentekojärjestelmää siten, että se mahdollistaa eri tahojen yhteistyön sekä osallistumisen jo asioiden suunnitteluun. (Mts. 2006, 22.) Kunnan toimintakulttuuri vaikuttaa siihen, miten esimerkiksi kuntalaisia kuullaan tai järjestötoimijat otetaan mukaan palvelutarjonnan suunnitteluun. Viestinnän rooli on merkittävä toimintamahdollisuuksista tiedotettaessa sekä yksilöiden ja yhteisöjen osallistumista mahdollistettaessa.

Simonsen (2013) tutki poikkileikkaustutkimuksena 2004 – 2006 terveyden edistämistä ja sitä mahdollistavia tekijöitä neljässä keskikokoisessa Suomen kunnassa. Tulokset vahvistivat aikaisempia tutkimuksia terveyden edistämistä tukevista taustatekijöistä ja periaatteista, kuten voimaantumisen, yhteisöosallistumisen ja eri hallintokuntien välisen yhteistyön merkityksestä. Paikallisyhdistysten terveyden edistämisen aktiivisuutta selittivät yhdistyksen osaaminen tai pätevyys ja yhdistyksen arvot, suuntautuminen hyvinvoinnin edistämiseen sekä osallistumismahdollisuudet kunnissa. Vaikuttavuuden näkökulmasta tärkeimmiksi asioiksi kunnissa nähtiin vanhusväestön terveyden ja elämänlaadun edistäminen sekä perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon toimivuus. (Mts. 2013, 10 – 11.)

Tarve järjestöjen tai kolmannen sektorin ja kuntien yhteistyölle tunnustetaan. Kolmannen sektorin toimijat ovat usein mukana edistämässä vähempiosaisten asemaa. Suunnitelmallista kuntajärjestöyhteistyötä hyvinvoinnin saralla on äskettäin mallinnettu ESKO-hankeessa, Ehkäisevän työn kärkihanke Oulussa, missä on luotu yhteistyörakenteet elinkaariverkostoineen ja sovittu laajemman verkoston yhteisistä foorumeista ja toimintatavoista (Häkkilä 2013, 89 – 96) – toimintamallia on kehitetty ja juurrutettu myös hankkeen jälkeiselle ajalle.



## **Terveyden edistämisen osaaminen**

Osaamisen keskeiset sisällöt liittyvät tietopohjaan, koulutukseen, kehittämiseen, neuvontaan ja ohjausosaamiseen (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 23 – 24). Henkilöstön osaamista vahvistetaan päivittämällä ja kehittämällä terveyden edistämisen tietoja, taitoja ja toimintakäytäntöjä niin strategisilla kuin ammatillisilla tasoilla. Strategiseen osaamiseen kuuluu taito hallinnoida ja johtaa toimintaa ja voimavaroja. Kuntajohto ja luottamushenkilöt tarvitsevat myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintapolitiikkaan valmentavaa koulutusta ja suunnittelupäiviä. Ammatilliseen osaamiseen kuuluu näyttöön perustuva tiedon ja menetelmien hallinta. (Mts. 2006, 23 – 24.)

Terveyden edistämisen arvoperusteisuus ja yksilön itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen asettavat ammattilaisten ohjaustaidoille omat haasteensa. Ohjauksessa tavoiteltavaa on yksilön kokonaisvaltainen huomioiminen ja yksilön voimaantuminen hänen hyviä asioitaan ja osaamistaan tukien. Myös lähiyhteisön tuen mahdollisuuksia yksilön hyvinvoinnin rakentumisessa kannattaa tarkastella. Työyhteisöissä taas yhteisten toimintatapojen noudattaminen helpottuu, jos työyhteisössä on luotu yhteinen näkemys terveyden edistämisestä ja sen merkityksestä sekä sitouduttu yhteisesti sovittuihin käytäntöihin. (Pietilä, Halkoaho & Matveinen 2010, 259.) Useimmat ammattilaiset voivat omalta osaltaan, asenteellaan ja toiminnallaan, edistää toimialojen välistä yhteistyötä kuntalaisten hyvinvoinnin edistämiseksi.

Simonsenin (2013) tutkimuksessa perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon terveyden edistäminen näkyi yksilötasoisessa työssä terveysasemilla ja kouluterveydenhuollossa. Terveysasemilla terveyden edistämisen toimia toteutettiin laaja-alaisemmin kuin muuten terveydenhuollossa; toimia tarkasteltiin yksilön, väestön, ryhmäohjausten ja riskikäyttäytymisen ehkäisyyn sekä laaja-alaisen terveyden edistämisen näkökulmista. Organisaation arvot, terveydenhuollon ammattilaisen osaaminen sekä mahdollisuudet oman organisaation ulkopuoliseen yhteistyöhön lisäsivät ammattilaisen terveyden edistämisen painotusta työssään. Lisäksi organisaation arvot ja kokemus työn monipuolisuudesta, haastavuudesta ja työyhteisön sosiaalisesta tuesta olivat yhteydessä tervey-

den edistämisen toimien yleisyyteen. Kuntien välisiä eroja selitettiin terveyden edistämisen erilaisilla kohderyhmillä ja mahdollisuuksilla tehdä yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Organisaatioarvoilla, osaamisella ja vallitsevilla mahdollisuuksilla oli kullakin vahva yhteys terveyden edistämisen toimiin ja ne kannustivat monitasoiseen terveyden edistämiseen kunnissa. (Mts. 10 – 11.)

### **Terveyttä edistävät palvelut**

Tavoitteena on, että kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen otetaan huomioon kaikilla kunnan toimi- ja hallinnonaloilla. Terveyttä edistävillä palveluilla tulisi olla yhteiset strategiset ja toiminnalliset tavoitteet sekä hallinnonalakohtaiset seurattavat hyvinvointi-indikaattorit. Palvelujen suunnittelussa tulee huomioida paikalliset olosuhteet, palvelurakenne ja palveluiden tarve. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 24.) Riittävien peruspalvelujen ohella kuntalaisia kannustetaan ottamaan vastuuta terveydestään ja elintoivoistaan. Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseksi kunnan palveluissa tulee kiinnittää erityistä huomiota riskiryhmiin ja heikoimmassa asemassa oleviin väestöryhmiin. Laatusuosituksessa on kuvattu terveyden edistämisen suositukset myös kunnan eri toimialoille. (Mts. 24 – 29.) Edellä mainitut asiat liittyvät tarpeeseen kohdentaa käytettävissä olevat voimavarat ja henkilöstön osaaminen palveluissa suunnitellusti.

Esimerkiksi sosiaalipalveluissa voidaan tunnistaa ja ennakoida terveyttä ja hyvinvointia heikentäviä tai sosiaalisia ongelmia aiheuttavia tekijöitä sekä puuttua niihin ehkäisevällä työotteella ja tukemalla asiakkaiden voimavaroja (mts. 2006, 27). Lasten ja nuorten terveydessä ja hyvinvoinnissa on tapahtunut myönteisiä muutoksia 2010-luvulla (Hyvinvointia useammille – lasten ja nuorten palvelut uudistuvat 2013, 5). Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan loppuraportissa (mts. 5) keskeisenä ongelmana todetaan lasten ja nuorten hyvinvoinnin eriytyminen ja pahoinvoinnin kasaantuminen, mitkä saattavat siirtyä sukupolvelta toiselle. On tärkeää tunnistaa perheiden monimuotoisuuden tuomat haasteet ja tukea lasten ja nuorten kehitysympäristöjä vahvistamalla hyvinvointia suojaavia tekijöitä. (Terveyden ja hyvinvoinnin tulevaisuuksia 2012, 32). Myös lasten, nuorten ja perheiden palve-

lujärjestelmää suositellaan uudistettavan siten, että siirretään painotusta korjaavista palveluista hyvinvointia edistäviin ja ongelmia ehkäiseviin palveluihin (Hyvinvointia useammille – lasten ja nuorten palvelut uudistuvat 2013, 5).

### **Terveyden edistämisen seuranta ja arviointi**

Kunnassa terveyden edistämisen seurantaan on luotava arviointikulttuuri, missä sovitaan tiedonkeruusta ja aineistojen hyödyntämisestä. On asetettava tavoitteet ja määriteltävä mittarit, jotta terveyden edistämisen toteutumista voidaan seurata ja arvioida (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 29). Seurantaindikaattorit suositellaan valittaviksi sekä alueellisesti että valtakunnallisesti (mts. 29). Kaste-hankkeissa on kehitetty yhteistyössä alueen kuntien, Kuntaliiton, THL:n ja STM:n kanssa vuosina 2009 – 2014 Sähköinen hyvinvointikertomus –työväline (Tietoa sähköisestä hyvinvointikertomuksesta 2014). Työvälineeseen on valittu kattava joukko kansallisia indikaattoreita, jotka mahdollistavat myös kuntien keskinäisen vertailun (mts. 2014). Sähköinen hyvinvointikertomus –työvälineellä voidaan laatia kunnan hyvinvointikertomus ja yhdistää siihen tai hyödyntää muussa yhteydessä valittujen tavoitteiden, painoalueiden ja niitä kuvaavien indikaattoreiden seuranta. Laatusuositus sopii edelleen terveydenhuoltolaissa kuvatuilla hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen velvoitteilla täydennettynä kuntajohdon terveyden edistämisen suunnittelun ja arvioinnin perusteeksi.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) vastaa kansallisesta hyvinvointitiedon tuotannosta. Käyttökelpoisia tietotuotteita terveyden edistämisen seurantaan ja arviointiin ovat SotkaNet, TEA-viisari (terveyden edistämisen aktiivisuus) ja Terveytemme.fi sekä Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH) (Kaikkonen, Murto, Pentala, Koskela, Virtala, Härkänen, Koskeniemi 2014, 1).

TEA-viisaria on kehitetty vuosia terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmä (TedBM) –hankkeessa (Terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmä TedBM 2014). TEA-viisarin ylläpidosta, kehityksestä ja kansallisesta tiedonkeruusta vastaa nykyisin THL. Työvälineen avulla on mahdollista verrata kunnan eri toimialojen toimintaa väestön terveyden edistämisessä. Tiedot ovat vertai-

lukelpoisia kuntien välillä ja myös alueellisesti esimerkiksi sairaanhoitopiirita-solla. Terveystiedon edistämisen aktiivisuuden eri ulottuvuuksista nähdään, mitkä ovat kunnan vahvuudet ja suurimmat kehittämistarpeet. TEA-viisarin seitse-män ulottuvuutta ovat sitoutuminen, johtaminen, väestön terveysseuranta ja tarveanalyysi, voimavarat ja osaaminen, yhteiset käytännöt, osallisuus sekä muut ydintoiminnot. Vuonna 2014 on jo käytettävissä useilta kunnan eri toimi-aloilta kerättyjä tietoja; näitä ovat kuntajohto, perusterveydenhuolto, peruskou-lut, toisen asteen oppilaitokset, liikuntapalvelut. (Mt. 2014.) Kunnissa ja alueel-lisissa organisaatioissa sekä kansallisesti voidaan seurata terveyden edistä-misen toimintojen kehittymistä TEA-viisarista ja siihen liittyvistä tutkimustulok-sista, kun mittaukset toistetaan muutaman vuoden välein.

### **Esimerkkinä TEA perusterveydenhuollossa**

THL:n Terveystiedon edistämisen aktiivisuus (TEA) perusterveydenhuollossa vuoden 2012 tulokset ovat tarkasteltavissa TEA-viisarin avoimesta verkkopal-velusta (TEAviisari vertailutietojärjestelmä 2014). Perusterveydenhuollon ter-veyden edistämisen aktiivisuutta tarkastellaan TEA-viisarin yleisen luokittelun mukaisesti. Taulukossa 3. kuvataan pääteemat pisteineen, taulukossa 4. po-raudutaan johtamisessa syvemmälle ja taulukossa 5. tarkastellaan johtamis-vastuita terveyden edistämisessä.

Taulukko 3. TEA-viisarin osa-alueet perusterveydenhuollossa; Pohjois-Savon ja koko maan pisteet 2012 (TEAviisari vertailutietojärjestelmä 2014)

<b>Perusterveydenhuolto 2012</b>	<b>Pisteet (0-100)<sup>1)</sup></b>	
	Pohjois-Savo	Koko maa
Yhteiset käytännöt	71	74
Johtaminen	62	71
Sitoutuminen	60	63
Muut ydintoiminnot	57	63
Voimavarat	46	59
Osallisuus	45	59
Seuranta ja tarveanalyysi	26	32

<sup>1)</sup> Pistemäärä kuvaa prosenttiosuutta maksimipisteistä. Pisteet ovat kaikkien vastanneiden väestöpainotettuja keskiarvoja alueella.

Taulukko 4. Johtamisen kokonaisuus perusterveydenhuollon 2012 TEA-viisarissa; Pohjois-Savon ja koko maan pisteet (TEA-viisari vertailutieto-järjestelmä 2014)

Johtaminen	Pisteet (0-100) <sup>1)</sup>	
	Pohjois-Savo	Koko maa
Yhteistyökäytäntö kuntatoimijoiden kanssa erityisen tuen tarpeen arvioimiseksi ja tuen järjestämiseksi	89	95
Ongelmien ja mittareiden määrittäminen	76	69
Vastuutahojen nimeäminen	71	75
Ohjelmien toimenpiteistä päättäminen	54	72
Johtamisvastuu terveyden edistämisessä	53	71
Johdon hyväksymä toimeenpanosuunnitelma	47	63
Sairaanhoitopiirin kanssa sovittu yhteistyöstä	41	51

<sup>1)</sup> Pistemäärä kuvaa prosenttiosuutta maksimipisteistä. Pisteet ovat kaikkien vastanneiden väestöpainotettuja keskiarvoja alueella.

Perusterveydenhuollon TEA-viisarin (2012) osa-alueista seuranta- ja tarveanalyysin pisteet jäivät niin Pohjois-Savossa kuin koko maassa alhaisiksi verrattuna muihin osa-alueisiin (taulukko 3). Vastaavasti johtamisen alueelta ohjelmien toimenpiteistä päättäminen, johtamisvastuu terveyden edistämisessä, johdon hyväksymä toimeenpanosuunnitelma ja sairaanhoitopiirin kanssa sovittu yhteistyö olivat Pohjois-Savossa alhaisemmalla tasolla kuin maassa keskimäärin (taulukko 4). Edelleen, kun tarkasteltiin johtamisvastuuta terveyden edistämisessä, niin yleisimmin vastuu oli annettu terveyden edistämisen suunnittelijalle, koordinaattorille tai hoitotyön johtajalle (taulukko 5). Johtoryhmän jäsenten vastuut terveyden edistämisessä näyttivät Pohjois-Savossa alhaisemmilta kuin koko maassa (taulukko 5). Pohjois-Savon terveystieteiden keskuksissa oli myös harvemmin kuin koko maassa terveyden edistämisen tai ehkäisevien palveluiden hallinnollinen yksikkö – tällä lienee yhteys terveystieteiden keskuksen tai kunnan kokoon.

Taulukko 5. Terveyden edistämisen johtamisvastuu perusterveydenhuollon 2012 TEA-viisarin mukaan Pohjois-Savossa ja koko maassa (TEA-viisari vertailutietojärjestelmä 2014)

Johtamisvastuu terveyden edistämisessä	Pisteet (0-100) <sup>1)</sup>	
	Pohjois-Savo	Koko maa
Terveyden edistämisen suunnittelija / terveyssuunnittelija / terveyden edistämisen koordinaattori tms.	94	72
Johtava ylihoitaja/johtava hoitaja tai muu vastaava hoitotyön johtaja	91	78
Ylihoitaja, osastonhoitaja tai muu vastaava, joka on keskittynyt terveyden edistämisen/ehkäisevän työn kehittämiseen, johtamiseen ja/tai koordinointiin	83	78
Johtoryhmän jäsen, joka vastaa väestön terveyden edistämisestä kokonaisuutena	47	82
Johtoryhmän jäsen, joka vastaa ehkäisevistä palveluista	47	88
Yliääkäri tai muu vastaava, joka on keskittynyt terveyden edistämisen/ehkäisevän työn kehittämiseen, johtamiseen ja/tai koordinointiin	26	66
Hallinnollinen yksikkö terveyden edistämisessä/ehkäisevissä palveluissa	17	46

<sup>1)</sup> Pistemäärä kuvaa prosenttiosuutta maksimipisteistä. Pisteet ovat kaikkien vastanneiden väestöpainotettuja keskiarvoja alueella.

Vertailuna perusterveydenhuollon 2012 TEA-arvoille THL:n kuntajohdon 2013 TEA-viisarista Pohjois-Savon kuntien terveyden edistämisen johtamisen kokonaisuus sisältää seuraavat osa-alueet ja arvot: hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen seurannan vastuutahon määrittäminen (98 %), terveyden edistämisen johtamisvastuusta sopiminen (93 %), toimenpidesuunnitelmat (80 %) sekä kunnan hyvinvointitavoitteiden huomiointi johtamisessa (76 %) ja ennakkoarviointien käyttö (25 %). Näiden johtamisen osa-alueiden keski-arvo Pohjois-Savossa vuonna 2013 oli 74 %, kun se koko maassa oli 69 %. (TEA-viisari vertailutietojärjestelmä 2014.). TEA-viisarin tiettyä aluetta kuvaavissa arvoissa käytetään vastanneiden kuntien väestöpainotettuja keskiarvoja (Ståhl 2014). Pohjois-Savo edustaa näihin tuloksiin peilaten varsin hyvin kansallista keskitasoa.

## 2.4 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen

Kuntien terveystkasvatusta tehostettiin 1980-luvun lopulla nimeämällä terveyskeskuksiin terveystkasvatuksen yhdyshenkilöt. Terveyttä Kaikille 2000 -

ohjelmien myötä terveyden edistäminen jäsentyi ja se ohjeistettiin kunnan tehtäväksi osoittaen terveyden edistämisen vastuu kunnan ylimmälle johdolle. Terveys kunnan strategisena valintana edellyttää yhteisiä tavoitteita, niihin sitoutumista ja yhteistyötä. (Perttilä 2013.)

Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen ja Aromaa (2008) ovat todenneet, että Suomessa tarvittaisiin terveyden edistämisen toimien laajamittaista toteuttamista ja niitä tukevien rakenteiden vahvistamista sekä tietoa jalkauttamisen kannalta kriittisistä tekijöistä, jotta useiden kansansairauksien riski alentuisi nykyisestä sairastavuudesta 20 – 40 %. Kehitystyössä oleellista on kansallisten ja paikallisten päättäjien kiinnostus ja sitoutuminen. (Mts. 123.)

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista on mallinnettu useissa kehittämishankkeissa, esimerkkeinä näistä mainitaan hyvän kansallisen levinneisyyden saaneet TEJO-hanke (Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen 2007) ja siihen kytkeytyvät TEVA-hankkeet (Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa –TEVA II. 2014), TEROKA–hanke (KAVENTAJA Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen 2014) ja Terveempi Pohjois-Suomi 2 –hanke (TerPS2) (Terveempi Pohjois-Suomi 2014). Lisäksi Terve Kunta –verkosto on toiminut Suomessa vuodesta 1996 lähtien ja THL:n koordinoimana verkosto on tukenut kuntien terveyden edistämisen kehitystyötä (Terve Kunta –verkosto 2014). Parhaillaan THL koordinoi myös Terveyden edistämisen kuntatuki –hanketta (2013 – 2015), missä tuetaan terveydenhuoltolain mukaisten terveyden edistämisen toimintojen toteuttamista kunnissa ja alueilla. (Terveyden edistämisen kuntatuki 2014.)

Uusitalo ja muut (2003, 80 – 81) kuvasivat TEJO-hankkeen esiselvitysvaiheessa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategisen osaamisen tuomisena kunnan johtamiseen sekä kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden seurantaan. Esiselvityksessään Uusitalo ja muut (2003, 26 – 30) jäsensivät terveyden edistämisen koordinoimista, johtamista ja vastuunjakoja kunnissa selvittämällä, oliko kunnassa nimetty väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutaho sekä kenellä

oli vastuu terveyskasvatuksesta ja ehkäisevistä palveluista. Havaintoinaan ja kehittämistarpeina he esittivät: Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuusta ei ollut kunnissa yhteistä käsitystä tai se oli jaettu operatiivisen tason viranhaltijoille ja ylemmän tason päättävälle hallintoelimille (mts. 53 – 54). Terveyskasvatuksen ja ehkäisevien palveluiden osalta kehittämis- ja toimeenpanovastuu oli pitkälti sosiaali- ja terveydenhuollon johtajilla tai työntekijätasoisilla viranhaltijoilla. Kuntien terveystoimessa terveyden edistämisen yhdyshenkilöiden työ nähtiin tärkeäksi, mutta heille annettiin käytännössä vähän toimintamahdollisuuksia. Tuolloin kuntien keskushallinnossa oli vain muutamissa kunnissa terveyden edistämisen suunnittelija tai vastaava ja useissa vastauksissa tällaisen suunnittelijan rooli kyseenalaistettiin. (Mts. 55.)

Uusitalon ja muiden (2003, 56) selvityksessä perusturvajohtaja tai johtava yllä lääkäri vastasivat tavallisimmin hyvinvoinnin ja terveyden seurantatiedon raportoinnista kunnan johtoryhmälle ja luottamushenkilöille. Raportoinnin todettiin painottuneen terveydenhuollon menokehityksen ja palvelujen käytön kuvaamiseen, kun väestön hyvinvoinnin seuranta ja arviointi jäivät vähemmälle. Hyvinvointistrategioiden ja -ohjelmien valmistelu oli käynnistynyt hyvin ja useimmat teemakohtaiset ohjelmat liittyivät päihde-, vanhusten tai lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmiin. Lisäksi huomioina esitettiin, että Terveys 2015 -kansanterveysohjelma tunnettiin terveystoimessa, mutta ei kuntajohdossa ja että terveyden edistämisen koulutusta järjestettiin pääasiassa vain terveystoimessa. (Mts. 54 – 57.)

TEJO-hankkeen väliraportissa (Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen 2007) kuntiin esitettiin luotaviksi rakenteet, jotka mahdollistaisivat terveyden edistämisen monipuolisen yhteistoiminnan, kehitystyön ja niiden ylläpidon. Samalla todettiin, että tekemällä terveyden edistäminen näkyväksi ja lisäämällä tietoisuutta siitä, voidaan perustella myös voimavaratarpeita. (Mts. 2007, 24 – 25.)

Terveyden edistämisen laatusuosituksen (2006) toimintalinjat kattavat ja ohjeistavat hyvin terveyden edistämisen laaja-alaisuuteen ja jaettuun vastuuseen



kunnissa. Haaste onkin laatusuosituksen heikohko tunnettuus (Wilskman, Ståhl, Muurinen & Perttilä 2008, 35 – 36) ja suosituksen huomiointi eri toiminnoissa.

Sen lisäksi, että THL tutkii kuntien terveyden edistämisen aktiivisuutta, se myös tukee erilaisin hankkein terveyden edistämisen seuranta- ja arviointikäytäntöjä. TEVA-hankkeissa (Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa 2009; Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa –TEVA II. 2014), joista TEVA II jatkuu vielä vuoden 2014, on kuvattu ja määritelty terveyttä edistävää työtä kunnan eri hallinnonalojen tehtävissä, arvioitu terveyttä edistävään toimintaan käytettäviä voimavaroja, toiminnalla aikaansaatuja tuotoksia ja vaikutuksia sekä mallinnettu terveyden edistämisen taloudellista arviointia eri hallinnonalojen toiminnassa. Hankkeessa on luotu mittareita, käytäntöjä ja välineitä terveyttä edistävän työn taloudellisen arvioinnin pohjaksi. (Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa 2011,10.)

Tukia, Lehtinen, Saaristo ja Vuori (2011) selvittivät väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä kunnissa kuntajohdon tiedonkeruulla: selvityksen vastausprosentti oli 58 % ja kuntakoolla oli yhteys vastausaktiivisuuteen. Kokonaisuutena tutkijat totesivat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vahvistuneen kunnissa aiempiin tiedonkeruuvuosiin verrattuna. Lisäksi tutkimuksesta todettiin, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita edelleen vahvistamalla voidaan saavuttaa terveydenhuoltolain velvoitteet. (Mts. 38.)

Kuntajohdon terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen aktiivisuutta selvitettiin kansallisesti myös vuonna 2013. Tuolloin sähköisellä lomakkeella toteutetun kyselyn vastausprosentti oli 67 %. Kyselyssä asiat oli luokiteltu TEA-viisarin pääluokkiin sitoutuminen, johtaminen, osallisuus sekä seuranta- ja tarveanalyysi. (Hätönen, Helakorpi & Ståhl 2013, 1; Vartiainen 2013.) Kuntien todettiin tarttuneen hyvin hyvinvointikertomustyöhön ja monialaiseen yhteistyöhön. Sen sijaan väestöryhmien välisten terveyserojen seuranta ja raportointi toteutuivat edelleen heikosti ja terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutahojen määrittely oli hajanaista. (Hätönen, Helakorpi & Ståhl 2013, 1.)

Heiliö, Saaristo ja Ståhl (2013) raportoivat kuntajohdon 2013 tuloksissa sosiaali- ja terveystalouden järjestämistavan (itsenäinen kunta, isäntäkunta, järjestämisvastuun isäntäkunnalle siirtänyt kunta, kuntayhtymä) yhteyksistä kunnan keskushallinnossa toteutettavaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Palvelut itsenäisesti järjestäneet ja isäntäkuntana toimineet kunnat toteuttivat yleisemmin terveydenhuoltolain edellyttämät vastuut ja velvoitteet (taulukko 6; mts. 2). Vastuissa ja velvoitteissa tarkasteltiin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutahon määrittelyä, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmää, kunnan omaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimiryhmää sekä valmistuneita hyvinvointikertomuksia tai niiden valmistelutilannetta. Samalla tavalla tarkasteltiin myös kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteita, kehittämiskohteita ja painoalueita sekä niiden löytymistä kunnan verkkosivuilta. Näissäkin asioissa isäntäkunnat ja palveluista itse vastaavat kunnat olivat muita edellä. (Mts. 2.) Palveluiden järjestämistavan yhteys hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteisiin ja vastuutahoihin on todettu myös aiemmin (vrt. Kokko ym. 2009, 99).

Kuntajohdon 2013 TEA-kyselyyn vastanneissa kunnissa terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen oli sovittu 48 %:ssa kunnista yksittäiselle viranhaltijalle ja 33 %:ssa vastuu kuvattiin jaetuksi eri tahoille, kun 19 % vastanneista oli todennut, että lain edellyttämää vastuutahoa ei ollut nimetty (Vartiainen 2013). Kun vastuutahon nimeämistä tarkasteltiin sosiaali- ja terveystalouden järjestämistavan mukaan, niin vastaukset vaihtelivat 70 %:sta (järjestämisvastuu palveluista siirretty isäntäkunnalle) 93 %:iin (kunta toimi isäntäkuntana) (Heiliö ym. 2013, 2; ks. myös taulukko 6).

Taulukko 6. Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämistapa ja kunnan yleishallinnossa linjattu hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen (Heiliö ym. 2013)

<b>Hyte<sup>1)</sup> kunnassa</b>	<b>Itsenäinen kunta</b>	<b>Isäntäkunta</b>	<b>Järjestämis- vastuu siirretty isäntäkunnalle</b>	<b>Kunta- yhtymän jäsenkunta</b>
	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>
<b>Hyte- vastuutaho</b>	86	93	70	77
<b>Hyte- johtoryhmä</b>	97	96	82	91
<b>Kunnassa oma Hyte-ryhmä</b>	77	68	48	57
<b>Hyvinvointiker- tomus</b>				
- tehty	48	41	27	22
- valmisteilla	48	52	45	65
<b>EVA<sup>2)</sup></b>	48	52	36	30

<sup>1)</sup> Hyte – hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

<sup>2)</sup> Päätösten vaikutusten ennakkoarvointi

Kokko ja muut (2009, 99) selvittivät vuoden 2009 alkupuolella kunta- ja palvelurakenneuudistuksen toteutumista sekä vallitsevia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita Suomessa. Tuolloin erityisesti yhteistoiminta-alueiden kunnat kommentoivat, että erillisiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimielimiä ei ollut perustettu tai että hyvinvoinnin ja terveyden ja käsitettä ei ollut määritetty. (Mts. 99.) Yli puolet Suomen itsenäisesti palvelunsa järjestäneistä kunnista ja valtaosa yhteistoiminta-alueen kunnista oli antanut hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuun sosiaali- ja terveystalvakunnalle tai vastaavalle toimielimelle. Palvelut itsenäisesti järjestävissä kunnissa ja terveystalveluiden yhteistoiminta-alueilla hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuu oli useimmiten hajautettu useille viranhaltijoille, esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon johtavalle viranhaltijalle tai terveyden edistämisen yhteyshenkilölle. (Mts.100 – 101.)

Kanerva-Kaste -hankkeessa selvitettiin vuonna 2009 terveyden edistämisen johtamista ja koordinoimista Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualu-

een kunnissa (Kyllä terveyteen tartuttiin! 2012, 26 – 27; Renfors & Ojuva 2011). Tuolloin kyselyyn vastanneista 58 kunnasta (vastausprosentti 74) 38 %:ssa oli terveyden edistämisen johtoryhmä, joko kunnan johtoryhmä tai poik-kihallinnollinen ryhmä. Kuntakoko vaikutti siihen, oliko kunnassa hyvinvoinnin tai terveyden edistämisen johtoryhmä. Kaikissa yli 20 000 asukkaan kunnissa oli terveyden edistämisen johtoryhmä, kun 10 000 – 20 000 asukkaan kunnista se yli puolessa ja alle 10 000 asukkaan kunnista joka neljännessä. (Mts. 2012, 26 – 27.) Kunnista 21 %:lla oli terveyden edistämisen koordinaattori; useimmiten hänet oli sijoitettu sosiaali- ja terveystoimeen (68 %) ja työ oli muun työn ohessa tehtävää. Tyypillisimpänä (45 %) kuvattiin tuolloin tilanne, että kunnassa ei ollut hyvinvoinnin tai terveyden edistämisen johtoryhmää eikä koordinaattoria ja toisaalta vain 14 %:ssa kunnista oli nämä molemmat. (Mts. 2012, 26 – 27.) Kunnista 26 % oli tehnyt hyvinvointikertomuksen ja 19 %:lla se oli suunnitteilla. Noin neljännes kunnista ilmoitti käyttävänsä valtuuston hyväksymiä indikaattoreita talouden ja toiminnan suunnittelussa ja noin kolmannes kunnista suunnitteli indikaattoreiden hyödyntämistä. (Renfors & Ojuva 2011.)

Kuntajohdon 2013 TEA-kyselyssä hyvinvointikertomus oli laadittu keskimäärin 33 %:ssa vastanneista kunnista (Hätönen ym. 2013, 2). Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistavan mukaan kuvattuna kuntayhtymän jäsenkunnista 22 %, järjestämisvastuun isäntäkunnalle siirtäneistä kunnista 27 %, isäntäkunnista 41 % ja palvelut itsenäisesti tuottavista kunnista 48 % oli laatinut hyvinvointikertomuksen (taulukko 6) (Heiliö ym. 2013, 2). Lisäksi hyvinvointikertomus oli valmisteilla 55 %:ssa vastanneista kunnista ja palveluiden järjestämistavan mukaan vaihtelua oli 45 %:sta (järjestämisvastuun isäntäkunnalle siirtäneet kunnat) 65 %:iin (kuntayhtymän jäsenkunnat) (Hätönen ym. 2013, 2; Heiliö ym. 2013, 2).

Vartiainen (2013) kuvasti hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmien yleisyyttä kuntajohdon 2013 selvitykseen perustuen. Kunnan johtoryhmän lisäksi erillinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä oli 63 %:lla ja alueellinen työryhmä 38 %:lla vastanneista kunnista. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistavan mukaan tarkasteltuna palveluiden järjestämisvastuun

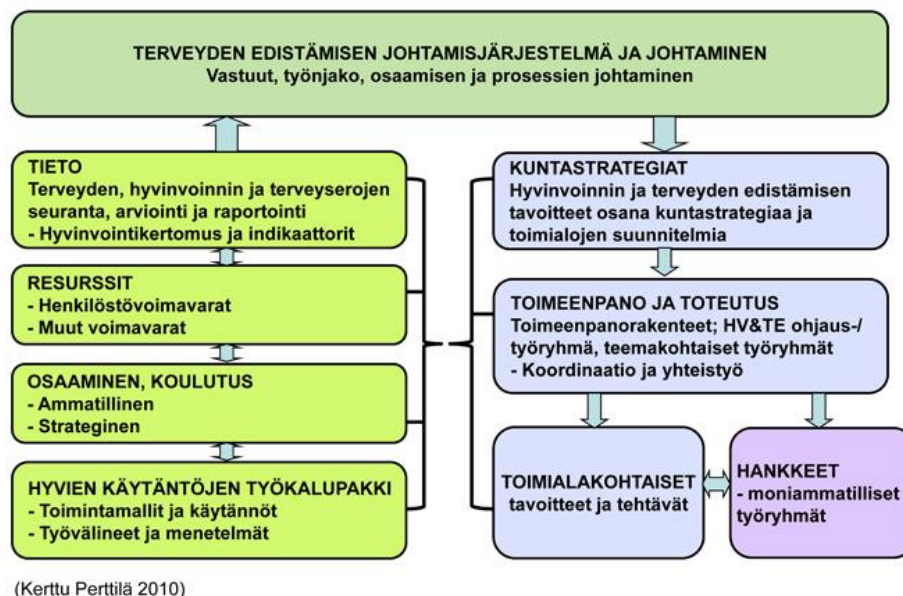
isäntäkunnille siirtäneissä kunnissa kysytty työryhmä löytyi 48 %:lla ja kuntayhtymään kuuluvilla kunnilla 57 %:lla, kun se isäntäkunnista oli 68 %:lla ja palvelut itse tuottavista kunnista 77 %:lla. (Heiliö ym. 2013, 2; Vartiainen 2013).

Kuntajohdon 2013 kyselyssä (Hätönen ym. 2013, 1) väestön terveyden ja hyvinvoinnin seurannan ja raportoinnin sisältöalueina kunnat käyttivät yleisimmin kunnan palveluissa toteutettavia toimenpiteitä (79 %) sekä kuntalaisten elinoloja (67 %). Noin puolet vastanneista kunnista raportoi valtuustolle kuntalaisten sairastavuudesta (50 %), elintavoista (46 %) ja elinympäristön terveellisyydestä (44 %). Sen sijaan vain noin kolmannes vastanneista kunnista raportoi valtuustolle kuntalaisten elämänhallinnasta (33 %) tai väestöryhmien välisistä terveyseroista (33 %). (Hätönen ym. 2013, 1.)

Terveyden edistämisen tavoitteita ja asemaa kunnissa on vahvistettu paljon hankkeiden avulla, mutta haasteena on ollut toiminnan jatkuvuus hankkeiden jälkeen. Jatkuvana toimintana hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen edellyttää rakenteita. Rakenteilla tarkoitetaan kokonaisuutta, joka muodostuu hyvinvointitietoa tuottavasta seuranta- ja raportointijärjestelmästä, poikkihallinnollista toimintaa vahvistavasta johtamisjärjestelmästä ja johtamisen työvälineistä sekä osaavasta henkilökunnasta, hyvistä toimintakäytännöistä ja kaikki hallinnonalat kattavasta toimeenpano-organisaatiosta (kuvio 1). (Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen 2014; Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa 2010, 9.)

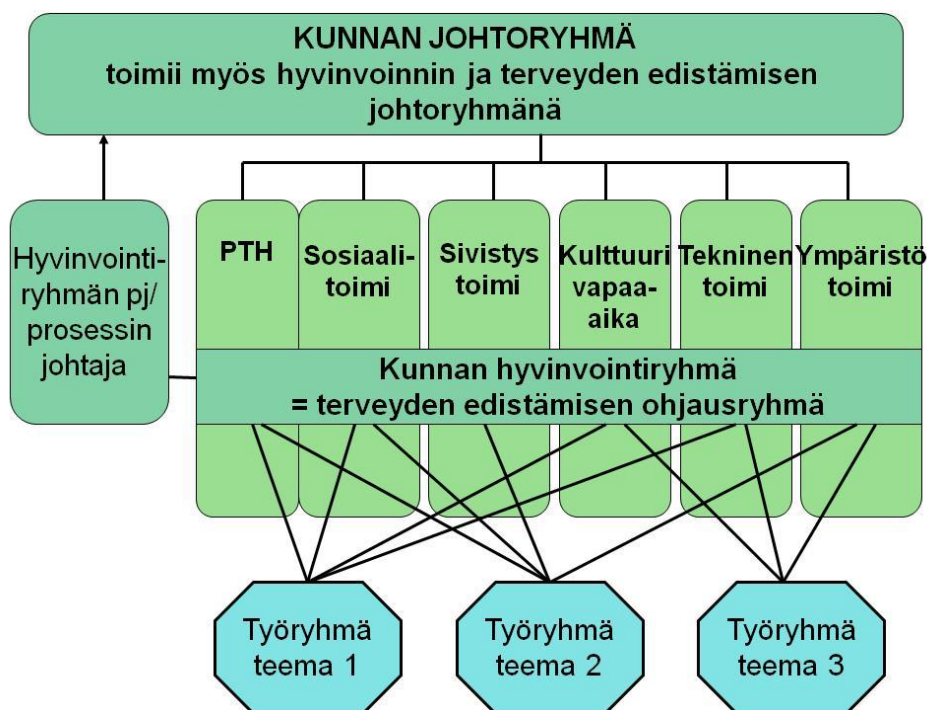
Kuntastrategia sitouttaa kuntajohdon ja kunnan toimialat yhteisiin tavoitteisiin ja suunnitelmien toteuttamiseen. Yhteisten tavoitteiden saavuttaminen on helpompaa, jos niistä ja työnjaosta on sovittu eri toimialojen kesken. Yhteistyön toteuttamiseksi tarvitaan kunnassa toimeenpanorakenne, mikä on osa kunnan johtamisjärjestelmää (kuviot 1 ja 2). (Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa 2010, 10.)

### Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet ja toimeenpano kunnissa



Kuvio 1. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet ja toimeenpano kunnassa (Perttilä 2010)

Pienen ja keskisuuren kunnan hyvinvointijohtamista linjaorganisaatiossa on kuvattu kuviossa 2. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmänä voi toimia kunnan johtoryhmä tai laajennettu johtoryhmä. Laajennettuun johtoryhmään voidaan kutsua johtoryhmän jäsenten lisäksi muita viranhaltijoita ja paikallisia tai alueellisia edustajia muista organisaatioista. (Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa 2010, 11.) Johtoryhmän kuuluu johtaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategista suunnittelua, kehittämistä ja toimeenpanoa. Näihin vastuisiin sisältyy paljon asioita, kuten sopiminen toimialojen ja ulkopuolisten organisaatioiden kanssa tehtävästä yhteistyöstä, vastuu väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen seurannasta ja arvioinnista sekä hyvinvointikertomuksen laadinnasta ja sen sisällön hyödyntämisestä ja näiden asioiden raportoinnista valtuustolle. (Mts. 11.)



Kuvio 2. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen kunnan johtamisjärjestelmässä (Perttilä 2012)

Kunnan hyvinvointiryhmä kootaan yleensä kunnan eri toimialojen vastuuhenkilöistä ja muutamista paikallisista, esimerkiksi järjestötahon tai koulutusorganisaatioiden, edustajista. Suositellaan, että ainakin ryhmän puheenjohtaja tai muu edustaja kuuluisi myös kunnan johtoryhmään. (Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa 2010, 11.) Kunnan hyvinvointiryhmä voi valmistella asiat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmälle sekä koordinoida yhteistyötä ja toimintoja käytännössä johtoryhmän linjausten mukaisesti. Hyvinvointiryhmä voi myös nimetä kunnan sisäiset hyvinvoinnin teemaryhmät, jolloin kuhunkin teemaan pystytään syventymään. (Mts. 11 – 12.) TerPS2-hanke on kuntaedustajineen täydentänyt Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa (2010) -tukiaineiston kuvausta hyvinvointiryhmän ja kunnan johtoryhmän rooleista (ks. Miten kunnassa toimivat tahot voivat tukea kunnassa hyvinvointijohtamista ja kuntalaisten hyvinvoinnin edistymistä? 2014, 5, 11 – 12).

Kokonaisuuden hahmottamisen ja toimivan yhteistyön kannalta suositellaan, että kunnassa tai yhteistoiminta-alueella olisi nimetty hyvinvointikoordinaattori tai terveyden edistämisen koordinaattori. Hyvinvointikoordinaattorin laajaan työkuvaan sisältyy hyvinvoinnin edistämiseen liittyviä koordinaatiotehtäviä niin kunnan strategisella kuin operatiivisella tasolla sekä keskeinen yhdyshenkilörooli kunnassa ja suhteessa sidosryhmiin. (Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa 2010, 12; Miten kunnassa toimivat tahot voivat tukea kunnassa hyvinvointijohtamista ja kuntalaisten hyvinvoinnin edistymistä? 2014, 9.)

TerPS2-hanke on listannut valtuuston ja kunnanhallituksen rooliin ja vastuisiin liittyviä tehtäviä ja sijoittanut niitä kunnan vuosikelloon. (Miten kunnassa toimivat tahot voivat tukea kunnassa hyvinvointijohtamista ja kuntalaisten hyvinvoinnin edistymistä? 2014, 13 – 14; Kunnan vuosikellot. N.d.) Valtuuston tulisi esimerkiksi poliittisessa ohjauksessaan ja kunnan ylintä päätäntävaltaa käyttäessään varmistaa, että hyvinvoinnin edistämisen näkökulma on mukana kuntastrategian lisäksi talousarviossa ja –suunnitelmassa, osavuositarkastuksissa, tilinpäätöksessä sekä toiminta- ja vuosikertomuksessa (mts. 2014, 13). Kunnanhallituksen tulisi vastaavasti kytkeä hyvinvointikertomukseen kirjatut tavoitteet ja toimenpiteet, voimavarat ja arvioinnissa käytettävät mittarit talousarvion ja -suunnitelman valmisteluun ja seurantaan. TerPS2-hankkeesta todetaan, että roolit ja vastuut vaihtelevat kunnittain ja henkilöittäin, joten niistä on sovittava tapauskohtaisesti. (Mts. 2014, 14.)

### **Kansallisia tukiverkostoja**

Terve Kunta -verkostoon voivat liittyä kunnat ja seutukunnat, jotka täyttävät jäsenyyden kriteerit ja sitoutuvat niihin. Kriteereihin kuuluu verkostoon sitoutumista varmistavia asioita, joitakin hallinnollisia järjestelyjä kunnassa, toimintaa ohjaavaan strategiseen työhön ja sen seurantaan sitoutuminen sekä kansalliseen verkostotyöhön osallistuminen. Kriteereinä ovat esimerkiksi terveyden edistämisen vastuuseen liittyvät asiat: Terveyden edistämisen vastuu kuuluu kunnassa ylimmälle johdolle ja kunnassa toimii hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjaus- tai johtoryhmä; kunnassa on nimettynä myös terveyden edistämisen koordinaattori tai vastaava yhdyshenkilö ja vastaava luotta-



mushenkilö. Terveyden edistämisen toimintaan ja verkostotyöhön tulee osoittaa määrärahat ja kunnassa tulee olla hallinnonalojen yhteistyönä laadittu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategia ja toimintasuunnitelma, jota seurataan ja arvioidaan. Jäsenyyden myötä odotetaan, että kunta osallistuu kansallisen verkoston toimintaan. Verkoston pääteema on terveyden tasa-arvo kaikessa paikallisessa toiminnassa ja vuosittain painotettavat teemat vaihtelevat. Terve Kunta -verkosto tekee kansainvälistä yhteistyötä myös WHO Healthy Cities ja Itämeren alueen Terveet kaupungit -verkostojen kanssa. (Terve Kunta -verkosto 2014.)

THL:n Terveyden edistämisen kuntatuki -hanke on haastanut kunta- ja alue-toimijoita, erityisesti strategiselta tasolta, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen teemoin työpajatyypiseen yhteistyöhön. Hankkeen keskeisiä yhteistyötahoja ovat mukaan ilmoittautuneet kunnat, perusterveydenhuollon yksiköt, aluehallintovirastojen terveyden edistämisen yhdyshenkilöt, osaamiskeskukset, maakuntaliitot, ammattikorkeakoulut, järjestöt ja Innokylän oppimisverkosto – Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen (THL). (Terveyden edistämisen kuntatuki 2014.) Innokylässä toimii myös useita muita verkostoja, jotka tukevat kuntien kehittämistyötä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen oppimisverkosto on tarkoitettu nimenomaan kansalliseksi tueksi ja yhteiskehittämisfoorumiksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimijoille (Hyte-oppimisverkosto 2014).

### **Alueellisesta koordinaatiosta**

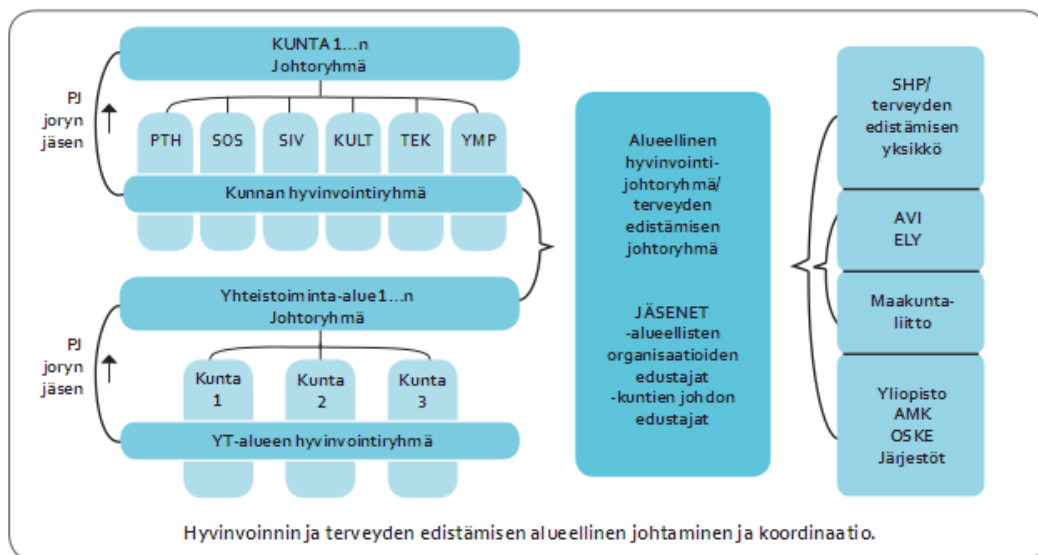
Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueet ovat yleistyneet yhteistyöhön velvoittavan lainsäädännön myötä (esimerkiksi L 169/2007). Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osalta on tärkeää, että yhteistoiminta-alueen kuntien eri toimialojen terveyttä edistävä osaaminen hyödynnetään ja yhteisistä toimintakäytännöistä sovitaan yhteistoiminta-alueen perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kesken. Yhteistyötä ja koordinoitukäytäntöjä varten tarvitaan alueellinen hyvinvointiryhmä tai vastaava (Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa 2010, 18 – 19). Yhteistoiminta-alueen hyvinvointiryhmä edustaa alueellista asiantuntijuutta ja kehittämistä – sille sopii hyvin myös moni-

kanavainen viestintärooli. Kuntaliiton verkkosivuilla (19.1.2014) todettiin, että kunta- ja palvelurakennemuutoksessa on ollut haasteellista järjestää laajan hyvinvointivastuun edellyttämä monialainen yhteistyö kunnan eri toimintojen ja yhteistoiminta-alueen välillä (Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen 2014). Myös Heinämäki (2011, 95) totesi, että peruskuntien ja yhteistoiminta-alueiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyö ei ollut päässyt käytännön kehittämisprosesseihin mukaan vielä vuonna 2010.

Kunnilla on vastuu väestön hyvinvoinnista ja terveyden edistämisestä. Kuntien ja yhteistoiminta-alueiden on hyvä verkostoitua alueellisten organisaatioiden kanssa, koska niillä on osavastuita alueellisesta hyvinvoinnista ja ne tuottavat alueellista tietoa ja tukevat osaltaan kuntia terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä esimerkiksi järjestämällä alueellisia tilaisuuksia ja koulutusta. Lisäksi verkostoituminen, toimintojen koordinointi ja työnjako keventävät voimavaroja haasteita. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alueelliseen työhön osallistuvia organisaatioita ovat sairaanhoitopiirien lisäksi aluehallintovirastot, elinkeino-, liikenne- ja ympäristövirastot, maakuntaliitot, osaamiskeskukset ja koulutusorganisaatiot (Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa 2010, 20). Sairaanhoitopiiri veloitettiin terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010, 4 luku) perustamaan perusterveydenhuollon yksikkö. Sen tehtäviksi määriteltiin terveydenhuollon järjestämissuunnitelman koordinoitua työtä lisäksi alueellisen asiantuntijatuen rooli perusterveydenhuollon ja tutkimuksen, kehittämisen ja henkilöstötarpeen ennakkoinnin sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja soveltuvien osien sosiaalitoimen yhteensovittamisessa. (Mt. 35 §.)

Kuviossa 3 on kuvattu THL:n kuntajohdon tukiaineiston mukaisesti kuntien ja alueellisten organisaatioiden yhteistyön rakennetta ja johtamisjärjestelmää. Rakenteella tavoitellaan sitä, että alueelle perustetaan alueellinen hyvinvoinnin tai terveyden edistämisen johtoryhmä, minkä jäsenet tulevat alueellisista organisaatioista ja kuntien johtoryhmistä. Kullakin kunnalla ja yhteistoiminta-alueilla on lisäksi omat hyvinvoinnin tai terveyden edistämisen johtoryhmät. Tiedon kulun ja yhteistyön kannalta on eduksi, jos joku kunnan hyvinvointijohtoryhmästä kuuluu myös alueelliseen hyvinvointijohtoryhmään. Tähän ta-

paan alueellisten ryhmien toimintaa on organisoitu esimerkiksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä (Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintasuunnitelma 2012 – 2015. 2012, 7 – 9).



Kuvio 3. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alueellinen johtaminen ja koordinaatio (Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa 2010, 21)

Alueelliselle hyvinvointijohtoryhmälle sopii alueellinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelun, kehittämisen ja toimeenpanon koordinointi- tai johtamisrooli sekä osallistuminen alueelliseen tiedon tuotantoon, seurantaan ja raportointiin. Tärkeää on sopia alueellisesti myös kehittämissyhteistyöstä, hankkeiden koordinoinnista ja eritasoisesta hyvinvointi- ja terveystiedosta. (Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa 2010, 21.) Alueellisen yhteistyön tuloksena on mahdollista tuottaa alueellinen hyvinvointiohjelma, jolla varmistetaan hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen uusissakin palvelurakenteissa (Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen – vahvuus uusiin palvelurakenteisiin 2007, 4).

Luonnoksessa hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmiste-

luryhmän loppuraportti 2013) suunnitelluille erityisvastuualueille tulisi vastuu muiden asioiden ohella hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä (9 §) koskevan alueellisen yhteistyön varmistamisesta ja tukemisesta sosiaali- ja terveydenhuollon osalta sekä väestön hyvinvointi- ja terveysseurantatietojen analysoinnista ja hyödyntämisestä (mts.124 – 26). Hallitusesityksen luonnoksessa on nykytilakuvauksen yhteydessä kuvattu edellytykset kuntien ja kuntayhtymien pitkäjänteiselle hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi: tarvitaan pysyvät, hallinnonalat ylittävät yhteistyö- ja toimeenpanorakenteet sekä vastuiden määrittelyä. Kuntajohdon uudehkona työvälineenä toiminnan ja talouden suunnitteluun, johtamiseen, seurantaan ja raportointiin mainitaan sähköinen hyvinvointikertomus. (Mts. 24.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lisäksi aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), ympäristöterveydenhuollossa Elintarviketurvallisuusvirasto (Evira) ja Turvallisuus- ja kemikaalivirasto (Tukes) seuraavat ja ohjaavat kuntien hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa (mts. 2013, 12). Alueellisen koordinaation vahvistamista tarvitaan, kun suuntaus on kohden entistä suurempia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisalueita. Tällöin yhteissuunnittelun ja osallisuuden varmistamiseksi tarvitaan myös yhteistoiminta-alueille johto- ja toimiryhmät, jotta paikallistason asiantuntemus tulee hyödynnettyksi suunnittelu- ja rajapintatyössä.

### **3 Ennakkoarviointi osaksi päätöksentekoa**

#### **3.1 Ennakkoarvioinnin menetelmästä**

Kunnissa tehdään paljon päätöksiä, jotka vaikuttavat kuntalaisten hyvinvointiin ja palvelutarjontaan. Perinteisesti kunnallisissa päätösprosesseissa painotetaan taloudellisia vaikutuksia. Terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010, 11 §) veloitetaan kuntia ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymiä päätöksenteon ja ratkaisujen valmistelussa arvioimaan ja ottamaan huomioon tehtävien päätösten ja

ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Ennakkoarviointi on menetelmänä ja työvälineenä edellä mainittuun tarkoitukseen mallinnettu ja sitä on myös Suomessa käytetty 2000-luvulla teemaa eteenpäin vieneissä hankkeissa.

Suomessa käytetyt ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin menetelmät kulkevat useilla nimillä; näitä ovat esimerkiksi terveysvaikutusten arviointi (TVA), sosioekonomiset terveyserot huomioon ottava terveysvaikutusten arviointi (TEVA), sosiaalisten vaikutusten arviointi (SVA), lapsivaikutusten arviointi (LAVA) ja mielenterveysvaikutusten arviointi (MIVA) (Kauppinen 2011, 28; viitaten Kauppinen, Nelimarkka, Ståhl 2009). Vaikutusten ennakkoarvioinnista käytetään yleistermiä ja lyhennettä EVA.

Kunnilla on uudistuneen lainsäädännön (L 1326/2010, 2 luku, 11 § ja 12 §) myötä velvoite seurata asukkaiden terveydentilaa ja siinä tapahtuneita muutoksia väestöryhmittäin. Kuntien tulee myös raportoida valtuustolle vuosittain väestöryhmien välisten terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseksi tehdyistä toimenpiteistä ja laatia kerran valtuustokaudessa laajempi hyvinvointikertomus. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueilla yhteistoiminta-alueen on osallistuttava asiantuntijana toimialojen väliseen yhteistyöhön sekä sosiaalisten ja terveysvaikutusten arviointiin alueen kunnissa. Myös Suomen Kuntaliitto antoi 8.6.2011 yleiskirjesuosituksen Vaikutusten ennakkoarviointi kunnallisessa päätöksenteossa (2011, 6 – 7).

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) on menetelmä, jonka avulla arvioidaan ennalta hankkeen, suunnitelman, ohjelman tai päätöksen toteuttamisesta aiheutuvia vaikutuksia ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. Ennakkoarviointia voidaan käyttää valmistelu- ja suunnittelutyön tukena. (Kauppinen 2011, 38; Kauppinen & Nelimarkka 2004, 10). Vaikutuksia voidaan tarkastella erikseen lyhyellä ja pitkällä aikavälillä; aikajaksojen vaikutukset voivat poiketa paljonkin toisistaan esimerkiksi kustannusten osalta (Vaikutusten ennakkoarviointi kunnallisessa päätöksenteossa 2011, 15), mutta näin voidaan tarkastella vaikutuksia myös valtuustokauden yli.

Ennakkoarvioinnin hyötyjä ovat osallistuminen ja vuorovaikutteisuus, läpinäkyvyys sekä se, että laadulliset ja arvonäkökulmat saadaan mukaan päätöksentekoon. Vaikutusten ennakkoarviointi ohjaa myös päätöksentekoa korjaavasta työstä ehkäisevään ja terveyttä edistävään suuntaan. (Nelimarkka & Kauppinen 2007, 85 – 88.) Ennakkoarviointimenetelmässä erotetaan tavanomainen ja nopea IVA. Tavanomainen ennakkoarviointi tiedon keräämisineen ja laadintaprosesseineen vaatii enemmän aikaa kuin nopea IVA, mikä voidaan toteuttaa esimerkiksi lautakuntakokouksen yhteydessä. (Nelimarkka & Kauppinen 2007, 85 – 88; Kauppinen 2011, 42 – 44.)

### **3.2 Ennakkoarvioinnin käyttöönoton onnistumisen edellytyksiä**

Kauppinen (2011) ja Tähkäaho (2012) ovat tutkineet ennakkoarviointien käyttöä ja mahdollisuuksia kuntien päätöksenteossa. Kauppinen (2011, 7) ja Tähkäaho (2012, 124) korostavat tutkimustuloksissaan johtamisen ja organisaation rakenteiden merkitystä. Tähkäaho painottaa, että organisaation eri tasoilla tulee ymmärtää menetelmän soveltamisen tärkeys ja koko organisaation on annettava sille tukensa; tämä edellyttää myös ennakkoarviointimenetelmän käytön strategista linjausta. Tähkäahon (2012, 2, 124) tutkimuksessa nousi esiin tarve arviointimenetelmän koordinoivalle taholle niin paikallisesti kuin alueellisesti ja poikkihallinnollisen yhteistyön tärkeys. Kauppinen (2011, 89) esittää kunnan yhteisesti hyväksymän tarkistuslistan käyttöä tunnistettaviin vaikutuksiin ja ylihallintokuntaisen konsultoinnin käytäntöjä vaikutusten merkittävyyden arvioinnissa. Kauppinen (2011, 7) painottaa myös poliittisen tuen merkitystä toiminnassa ja muutosjohtajuutta. Lisäksi Kauppinen mainitsee kuntien tulevaisuusorientaation, läpinäkyvyyden ja moniarvoisuuden hyväksymisen edistävän ennakkoarvioinnin käyttöönottoa.

Kauppinen (2011, 7) tutkimustulosten mukaan ennakkoarvioinnin soveltuvuuteen vaikuttavat kunnan kulttuuriset, organisatoriset sekä ammatilliset tekijät. Kulttuuriset tekijät, kuten kunnan arvot, visio, strategiat ja kunnan ylimmän

johdon sitoutuminen voivat joko puoltaa tai haitata kuntalaisten hyvinvointiin ja ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin käyttöönottoa. Operationaalisella tasolla työntekijöiden näkemys omasta roolista ja yhteisen työn kohteesta ovat merkityksellisiä. Ennakkoarvioinnin käyttöönotto uutena työmenetelmänä vaatii myös asenteellisia muutoksia, uudenlaista työtapaa eri toimijoiden rooleissa tai asiantuntijuudessa ja tahtoa käyttää kyseistä menetelmää. (Kauppinen 2011, 96.)

Ennakkoarvioinnista tiedottaminen ja kouluttaminen edistävät toimintatavan käyttöönottoa ja ylläpitoa (Kauppinen 2011, 7; Vuorinen ja Torppala 2011, 54). Tähkäaho (2012, 2) korosti lisäksi organisaation aktiivisten viranhaltijoiden tai luottamushenkilöiden roolia uusien ideoiden toteuttamisessa laajemmin organisaatioissa. Vuorinen ja Torppala (2011, 54) suosittelivat myös kuntien välistä vertaisoppimista uusien työmenetelmien oppimiseen.

Kauppinen (2011, 103) sovelsi Griffithsin (2004) jäsennystä ennakkoarvioinnin vakiinnuttamiseksi pilottiluonteisen kokeilun jälkeen. Hän esitti vakiinnuttamiseen neljä tapaa/ vaihetta:

- *Poliittinen: Ennakkoarvioinnista tulee vakiintunut käytäntö, koska sen tekemättä jättäminen olisi poliittinen riski. Ennakkoarvioinnin tulokset tulee kansantajuistaa ja tiedottamisessa tulee hyödyntää tiedotusvälineitä.*
- *Taloudellinen: Ennakkoarviointi vakiintuu, jos se vähentää taloudellisia riskejä. Tämä edellyttää arvioinnin johtopäätösten mitattavuutta rahassa.*
- *Lainsäädännöllinen: Ennakkoarviointi on osa tavanomaista asioiden hyvää valmistelua, minkä laiminlyönti voi johtaa sanktioon.*
- *Ammatillinen: Ennakkoarviointi tulee osaksi vakiintuneita ammattikäytäntöjä. Ammatillisuutta tukevat sopivat laatukriteerit, mahdolliset tarkastukset ja jatkuva ammatillinen kehittäminen.* (Kauppinen 2011, 97.)

### 3.3 Ennakkoarvioinnin haasteita

Päätöksenteossa painavat näytön lisäksi kunnan poliittisesti hyväksytyt argumentit (Kauppinen 2011, 91). Kauppinen (2011, 88) lisäksi totesi Jalosta

(2007) ja Möttöstä (1997) tukien, että lyhytnäköistä toimintaa ohjataan taloudellisin reunaehdoin ja ennaltaehkäisevän työn sijaan panostetaan korjaavaan toimintaan, jolloin strateginen ajattelu ei kohtaa toimintaa.

Kauppisen (2011, 89) tutkimuksessa kunnista välittyi tulevaisuuden uhkakuva, että sosiaali- ja terveystoimen eri sisältöalueet hajautuvat eri organisaatioihin ja sosiaali- ja terveystoimella on entistä vähäisempi kosketuspinta kunnan muihin hallinnonaloihin. Kunta- ja palvelurakenteita uudistettaessa on otollinen aika varmistaa terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen myös yhteistoiminta-alueiden rakenteissa. Uudet yhteistoiminta-alueet tai organisaatiot saattavat suhtautua pieniä kuntia myönteisemmin uuden toimintatavan käyttöönottoon – edellyttäen, että tekninen asiantuntemus tukee arviointia toimintatapana ja sen tulosten toteuttamiselle on poliittinen tuki (Kauppinen 2011, 92 – 93; viitaten myös muutosvalmiuteen, Päivärinte 2007 ja muutosjohtajuuteen, Slottenback 2011.)

Yhteistyörakenteiden puuttuminen ja ylihallintokuntaisen kulttuurin vähäisyys vaikeuttavat merkittävästi ennakkoarvioinnissa tarvittavaa vaikutusten tunnistamista (Kauppinen 2011, 91 – 92 ). Vähäiset kehittämisvoimavarat ovat haaste uusien menetelmien omaksumiselle muuttuvassa toimintaympäristössä ja yleisen kunnallisen suunnittelukulttuurin muutostarpeissa (Tähkäaho 2012, 2.)

Kehittämistyössä kohdataan vastarintaa ja aiheutetaan turvattomuutta silloin kun puututaan rakenteisiin (Kauppinen 2011, 91). Kauppisen mukaan ennakkoarviointi haastaa toimijoiden aikaisempia rooleja: Viranhaltija muuttuu ratkaisun esittäjästä vaihtoehtojen esittelijäksi, mikä tukee strategista tiedolla johtamista sekä luottamushenkilöitä avustavaa valmistelua. Luottamushenkilön rooli muuttuneen ennakkoarvioinnin myötä ehdotuksen hyväksyjästä tai hylkääjästä arvokeskustelun kävijäksi ja poliittisen vastuun kantajaksi. (Kauppinen 2011, 96 – 97.)



### 3.4 Ennakkoarviointien yleisyydestä kunnissa

Wilskman, Ståhl, Muurinen ja Perttilä (2008, 25) raportoivat, että suuret kunnat käyttivät ennakkoarviointia yleisemmin kuin pienet kunnat. Kauppisen (2011, 42 – 43) mukaan syksyllä 2011 ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin käyttöönotto tai kehitystyö oli käynnissä esimerkiksi Espoon, Helsingin, Imatran, Kouvolan, Kuopion, Oulun, Salon ja Tampereen kaupungeissa, Kainuun maakunnassa ja useissa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) kunnissa.

Sen lisäksi, että lainsäädäntö velvoittaa arvioimaan päätösten vaikutuksia ennalta, on ennakkoarvioinnin menetelmiä pidetty kunnissa ja alueilla esillä kouluksin Kaste-hankealueilla. Vuoden 2013 kuntajohdon terveydenedistämistäktiivisuus (TEA) -tuloksissa terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavien päätösten ennakkoarviointeja käytettiin vielä harvoin suunnitelmallisesti kunnissa (Heiliö ym. 2013, 1). Tässäkin oli havaittavissa, että itsenäisesti sosiaali- ja terveyspalvelut järjestävistä kunnissa (48 %) ja isäntäkunnissa (52 %) ennakkoarviointeja käytettiin lautakuntapäätösten valmisteluissa yleisemmin kuin palvelujen järjestämistä vastuun isäntäkunnalle siirtäneissä kunnissa (36 %) tai kuntayhtymän jäsenkunnissa (30 %) (mts. 2013, 1).

## 4 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Pohjois-Savon kuntien terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tilannekuvaa vuoden 2012 päättyessä johtamisen ja koordinaation näkökulmista terveydenhuoltolain (L 1326/2010) terveyden edistämistä koskeviin sisältöihin peilaten. Lisäksi tavoitteena oli selvittää alueen kuntien toiveita alueellisista terveyden edistämisen tarpeista ja tukitoimista. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää alueen kuntien yhteisen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laadinnan taustatietona terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen alueellisista kysymyksistä sekä kohdennettaessa Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin perusterveydenhuollon yksikön, koulutus- ja

kehittämispalveluiden tai alueellisten hankkeiden kehittämistukea tai koulutusta alueen kunnille.

### **Tutkimuskysymyksiä esitettiin:**

1. *Miten hyvinvointijohtaminen ja terveyden edistäminen on koordinoitu alueen kunnissa?*
2. *Miten kunnat ovat huomioineet terveydenhuoltolain 2 luvun velvoitteet järjestämissään terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen palveluissa?*
3. *Millaista yhteistyötä asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi on paikallisesti ja alueellisesti?*
4. *Millaisena kunnat kokevat sairaanhoitopiirin kuntayhtymän terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen alueellisen yhteistyön?*

## **5 Toteutus**

### **5.1 Tutkimusmenetelmä ja mittarin laadinta**

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena survey-tutkimuksena, mihin sopii hyvin tiedonkeruumenetelmäksi tutkimus- tai kyselylomake (Kananen 2010, 74). Survey-tutkimuksessa kerätään tietoa standardoidussa muodossa kohderyhmältä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 134). Kerätyn aineiston avulla kuvaillaan, vertaillaan tai selitetään ilmiöitä (mts. 134). Tässä tutkimuksessa tutkimuksen tarkoitus ohjasi tutkimustyyppin luonteen kartoittavaksi ja kuvailevaksi (mts. 138 – 139).

Kyselytutkimuksin voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto niin kohderyhmän kuin kysyttävien asioiden osalta (Hirsjärvi ym. 2009, 195). Tässä tutkimuksessa kohderyhmänä oli alueen 21 kuntaa vuoden 2012 kuntajakoon perustuen ja kartoitettavia asioita oli pääkysymysten määrällä mitattuna 19. Lomakkeessa oli numeroituja kohtia 32, koska myös kaksi taustakysymystä ja kaikki Lisätieto-paikat numeroitiin. Lomakkeen kysymykset laadittiin strukturoiduiksi, jotta halutut asiat saatiin tarkastelluiksi ja vastaaminen helpoksi. Näin oli mahdollista saada eri vastaajatahoilta myös vertailukelpoiset vastaukset. Kysymyksiä

asetettaessa hyödynnettiin terveydenhuoltolain pykälien sisältöjä, jotta oli mahdollista saada vastaus, oliko kyseinen asia kunnassa huomioitu. Strukturoitujen kysymysten lisäksi vastaajille annettiin avoimin kysymyksin mahdollisuus perustella vastausta tai täydentää vastauksen tietoja. Myös Hirsjärvi ja muut (2009, 197) toteavat, että lomakkeella voidaan kysyä tosiasioita, tietoja toiminnasta tai käyttäytymisestä, tiedoista, arvoista ja asenteista sekä uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä. Lisäksi lomakkeissa voidaan pyytää perusteluja vastauksille (mts. 197).

Kysymykset laadittiin ensisijaisesti monivalintakysymyksiksi. Monivalinnalla saadaan helpommin käsiteltäviä ja analysoitavia vastuksia kuin avoimin kysymyksin, joissa vastaaja saa ilmaista asian omin sanoin (Hirsjärvi ym. 2009, 201). Monivalintakysymysten heikkoutena nähdään esimerkiksi se, että ei voida tietää, miten tunnollisesti vastaajat ovat vastanneet kysymyksiin tai vastausvaihtoehtojen ymmärrettävyys on vaikea varmistaa. Lisäksi hyvän lomakkeen laatiminen vie aikaa ja vaatii tutkijalta paljon tietoja ja taitoja. Kyselyä pidetään kuitenkin tehokkaana menetelmänä sen tutkijalta vaatimaan ajankäyttöön tai työmäärään nähden. Tietokoneen ja eri ohjelmistojen avulla kyselytutkimuksen tulosten analysointi on selkeää. (Mts. 195.)

Muuttujien mitta-asteikkona käytettiin pääasiassa luokittelu- eli nominaali-asteikkoa. Luokitteluasteikolla vastattaessa *Kyllä*-, *Kyllä osittain* - tai *Ei*-vaihtoehtoin voidaan vaihtoehtoista laskea lähinnä niiden määrät eli frekvenssit tai suhteellinen esiintyvyys prosentteina. Osa muuttujista laadittiin dikotomisiksi, eli ne saattoivat saada vain kaksi arvoa. (Kananen 2010, 81 – 83.) Mielipidekysymyksissä käytettiin 5-portaista asteikkoa, joissa ääripäät olivat *Täysin samaa mieltä* ja *Täysin eri mieltä*. Myös *En osaa sanoa* -vaihtoehto oli valittavissa, jolla vastaaja saattoi osoittaa, että hänellä ei ole kantaa asiaan.

*Kyllä osittain* -vastauksia tarkennettiin avoimilla täydentävillä kysymyksillä *Miten ja missä?* Tai kunnan sijaan kyseinen asia oli voitu järjestää yhteistoiminta-alueelle. Avoimilla kysymyksillä kysyttiin myös muutamia asioita ilman vas-

tausvaihtoehtoja, esimerkiksi kysymykset 25, 28, 31. Taustamuuttujina kysyttiin ainoastaan vastaajakunta ja vastaamiseen osallistuneet tahot ammatillisin viiteryhmin, muita taustamuuttujia ei suunniteltu tutkimusasetelmaan.

Kyselytutkimuksesta on lomakekyselynä todettu, että erityiselle kohderyhmälle lähetettynä lomakkeella voidaan saada keskimääräistä (30 – 40 %) parempi vastausprosentti, jos asia koetaan kohderyhmässä tärkeäksi. Kahdella vastausmuistutuksella vastausprosentti voi nousta 70 – 80 %:iin. (Hirsjärvi ym. 2009, 196.) Tässä tutkimuksessa kyselylomake lähetettiin sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksiköstä kuntajohdolle ja kysyttävien asioiden tarpeellisuus perusteltiin alueellisen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman taustatyöllä.

Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää ilmiön ja teoriapohjan tuntemusta ennen tutkimusta ja lomakkeen laatimista (Kananen 2010, 74). Tutkija oli tutustunut terveydenhuoltolakiin työssään vuodesta 2011 alkaen ja toiminut alueellisissa terveyden edistämisen koordinaatiotehtävissä useita vuosia. Loka-marraskuussa 2012 tutkija suunnitteli kyselylomakkeen. Selvityksen kohderyhmästä ja lomakkeen rakenteesta keskusteltiin sen suunnitteluvaiheessa sairaanhoitopiirin maakunnallisessa terveyden edistämisen ja kansansairauksien ehkäisyn työryhmässä, mihin myös tutkija kuului. Ehdolla oli tuolloin lomakkeen jako kahteen osaan siten, että alkuosa olisi kohdennettu kuntajohdolle ja jälkimmäinen osa perusterveydenhuollon johdolle. Tutkija päätyi kuitenkin yhteen lomakkeeseen, mihin luotiin mahdollisuus vastauslinkin ja lomakkeen välittämiseen myös toiselle vastaajalle.

Kyselylomakkeen alkuun laitettiin saatetekstien lisäksi linkit terveydenhuoltolakiin (L 1326/2010) ja sen sisältöön pohjautuvaan julkaisuun Terveydenhuoltolaki – pykälistä toiminnaksi (2011), näin kyselyn vastaanottajan oli mahdollista tutustua terveydenhuoltolakiin. Selvityksellä kartoitettiin terveydenhuoltolain kunnallista toimeenpanoa.

Maakunnallisen työryhmän lisäksi tutkija kysyi kommentteja lomakeluonnoksen kysymysten ymmärrettävyydestä perusterveydenhuollon yksikön ylilääkäriltä, suunnittelijalta ja sihteeriltä. Saadut kommentit liittyivät muutamien kysymysten (kysymykset 2 ja 23) sanamuotoihin ja kysymyksiin liitettäviin vapaan tekstin kenttiin, joissa vastausta oli mahdollista täydentää. Tutkija vastasi itse Webropol-lomakkeen laadinnasta, mutta sai siihen teknistä tukea yksikön atk-suunnittelijalta. Webropol-lomake testattiin muutamilla (3 – 5) oman organisaation vastaajilla ennen kuntiin lähettämistä. Pilotoinnista saatiin huomionarvoinen palaute kysymyksiin 26 ja 29 siten, että nämä kaksi monivalintakysymystä oli syytä muuntaa vastattaviksi sallien vain yksi vastausvaihtoehto kullekin vastausriville.

## **5.2 Aineiston keruu ja kohderyhmä**

Tutkimusasetelmaa suunniteltaessa tutkija pohti sitä myös hoitotieteen tutkimuksissa käytettyä PICO(t)-mallinnusta (Koshar n.d.), mikä on lyhenne englanninkielisten sanojen alkukirjaimista: P (Population) viittaa kohderyhmään; I (Intervention) tarkoittaa väliintuloa tai tehtyjä toimenpiteitä; C (Comparison, Control) haetaan vaihtoehtoista interventiota tai vertailutietoa; O (Outcome) kysytään, missä muutos näkyy. Aika tai ajanjakso (t) voidaan myös määrittää. Tämän tutkimuksen PICOt-mallinnus on kuvattu taulukossa 7.

Taulukko 7. PICO(t) mallinnus tutkimuksen suunnitteluvaiheessa

PICO(t)	Sovellus tässä tutkimuksessa
P (kohderyhmä)	Pohjois-Savon kunnanjohtajat/ johtoryhmät/ tiedossa olevat hyvinvointikertomuksen pääkäyttäjät tai koordinaattorit
I (interventio)	Terveystieteiden tutkimuslaki (L 1326/2010), Kanerva2-Kaste hankkeen alueellinen työ 2010 – 2012 <sup>1)</sup>
C (mihin verrataan)	Pohjois-Savon tai KYS-Erva-alueen kuntien tilanne vuonna 2009 <sup>1)</sup> ja kansalliset selvitykset 2007 – 2012 esimerkiksi TEA-viisarista <sup>2)</sup>
O (missä muutos näkyy)	Tieto siitä, onko alueen kunnissa sovittu terveyden edistämisen vastuutahoista, miten hyvinvointikertomustyö on edistynyt (onko käynnistynyt, onko valtuustoon vienti suunniteltu) ja miten terveydenhuoltolain terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen pykälät on huomioitu alueen kunnissa. Mittarina ”kyllä”-vastausten osuus $\geq 50\%$
t (ajankohta)	Tilanne vuoden 2012 lopulla/ 2013 alussa

<sup>1)</sup> (Kyllä terveyteen tartuttiin! 2012, 26 – 31)

<sup>2)</sup> (TEA-viisari näyttää kunnan terveydenedistämisen aktiivisuuden (TEA) suunnan 2014)

Havaintoyksikköinä ja tutkimuksen perusjoukkona olivat kaikki Pohjois-Savon kunnat. Kukin kunta toimi yksittäisenä havaintoyksikkönä. Sähköisesti toteutettu Webropol-kysely lähetettiin kaikkiin Pohjois-Savon kuntiin (n=21 vuonna 2012 ja n=20 vuonna 2013) joulukuussa 2012. Sähköpostiviesti kyselystä osoitettiin kunnanjohtajille. Saatteessa (liite 1) kerrottiin alueellisesta selvitystarpeesta ja ohjeistettiin teknisesti lomakkeen täyttöä. Sähköpostisaatteessa oli suora linkki kyselylomakkeeseen (liite 2). Kyselylomakkeeseen vastaaminen oli mahdollista jakaa usean vastaajan kesken. Ensimmäinen vastaaja saattoi vastata osaan kysymyksistä, tallentaa sen ja siirtää vastaamislinkin edelleen seuraavalle vastaajalle; näin yhdestä kunnasta useiden tahojen oli mahdollista osallistua vastaamiseen, mutta teknisesti oli mahdollista palauttaa vain yksi yhteinen vastaus kustakin kunnasta. Tutkija lähetti saatteen Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin perusterveydenhuollon yksiköstä – hänen lisäkseen saatekirjeen toisena allekirjoittajana oli yksikön ylilääkäri.

Saate liitteineen lähetettiin vielä kaksi kertaa tammikuussa 2013 ja kerran helmikuun 2013 alussa. Vastausten kartuttamiseksi saate ja lomake lähetettiin tiedoksi myös tiedossa oleville alueen kuntien sähköisen hyvinvointikertomuksen pääkäyttäjille tai oletetuille kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinaatiosta vastaaville, esimerkiksi hyvinvointikoordinaattorille tai hallinto- tai perusturvajohtajalle. Näillä kuntajohtoa täydentävillä vastaanottajilla oli tarkoituksena lisätä myös kunnan johtoryhmän tietoisuutta selvityksestä ja varmistaa hyvä alueellinen vastausprosentti. Selvityksen vastausaikaa jatkettiin alkuperäisestä osin tutkimusajankohdasta (joulu ja vuodenvaihte) johtuen noin kuukaudella. Vastausaika oli kokonaisuudessaan reilut kaksi kuukautta.

Alueellisena taustakuvauksena Pohjois-Savosta esitetään kuntien luokittelu väkiluvun sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistavan mukaan (taulukko 8). Pohjois-Savon keskiväkiluku vuonna 2012 oli 248 233 asukasta (Väestörakenne 2012. 2013). Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueeseen kuului vuonna 2012 yhteensä 21 kuntaa. Vuonna 2013 alueella oli enää 20 kuntaa ja 7 terveyskeskusta. Maakunnassa oli vain muutamia kuntia, joissa kunta yksin järjesti ja tuotti julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Vuonna 2012 alueella oli kaksi liikelaitosta ja vuonna 2013 yksi liikelaitos. Kysteri-liikelaitos on yksi Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin palvelualueista, missä sairaanhoitopiiri vastaa kahdeksan kunnan perusterveydenhuollon ja vanhusten laitoshoidon järjestämisestä (Kysteri-liikelaitos 2013). Peruspalvelukeskus Siiliset vastasi muutaman vuoden kolmen kunnan sosiaali- ja terveyspalveluista, mutta se purkautui vuodenvaihteessa 2012 – 2013. Samaan aikaan Siilisiin kuulunut Nilsiän kaupunki liittyi Kuopion kaupunkiin. Kuntayhtymämallilla toimivat myös Ylä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, johon kuuluu neljä kuntaa ja Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä, johon kuuluu kaksi kuntaa. Kuopion kaupunki toimi jo vuonna 2012 isäntäkuntaperiaatteella perusterveydenhuollon vastuukuntana Tuusniemen kunnalle ja vuonna 2013 Maaningan kunta liittyi tähän kokonaisuuteen. Varkauden kaupunki järjesti vuonna 2012 sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunsa itse, mutta vuoden 2013 alusta se muodosti yhteistoiminta-alueen Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alu-

eelta Joroisten kunnan kanssa. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueen kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013, 6.)

Taulukko 8. Pohjois-Savon alueellinen taustakuvaus vuonna 2012 kuntien väkiluvun ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämistavan mukaan

Väkiluku <sup>1)</sup>	Kuntien lukumäärä		Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistapa vuonna 2012			
	n	osuus %	Kunnan oma sote <sup>2)</sup>	Isäntäkuntath-palvelut <sup>3)</sup>	Yhteistoiminta-alue <sup>4)</sup>	
					Liikelaite	/ Kuntayhtymä
alle 5000	11	52		1		
5 000 – 19 900	6	29	1			1
yli 20 000	4	19	1	1	2	1
<b>Yhteensä</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

<sup>1)</sup> Lähde: Väestörakenne 2014

<sup>2)</sup> Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestetään itse.

<sup>3)</sup> Perusterveydenhuollon palvelut järjestetään isäntäkuntaperiaatteella.

<sup>4)</sup> Sosiaalipalveluiden kattavuus yhteistoiminta-alueilla vaihtelee.

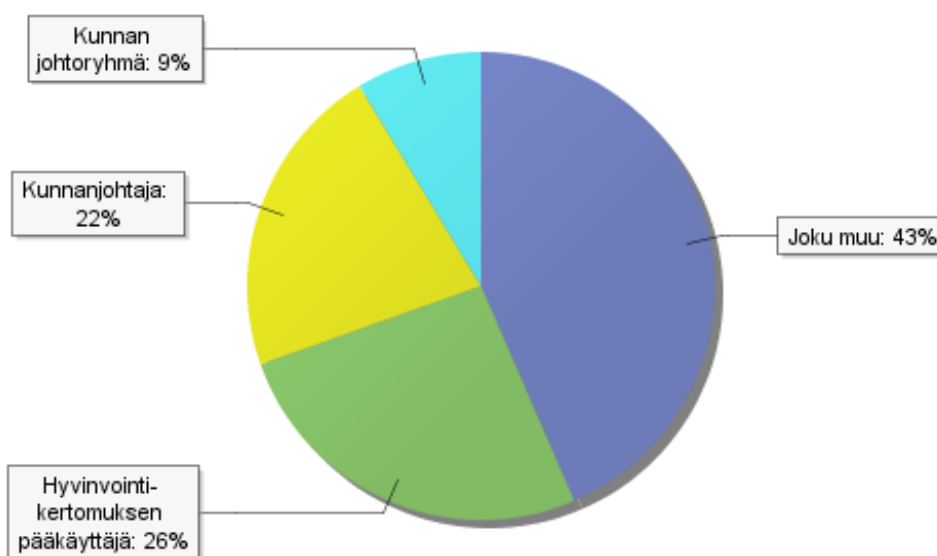
### 5.3 Aineiston analysointi

Aineisto käsiteltiin keväällä 2013 Webropol-ohjelman analytiikkaa hyödyntäen. Aineiston kuvaus perustuu suoriin jakaumiin, tyyppivastauksiin (%-osuudet vastaajista) ja keskiarvoihin. Suora jakauma on yksinkertainen tulosten esittämistapa ja se kertoo muuttujan ominaisuuksien saamat arvot tai jakauman (Kananen 2010, 104). Avointen kysymysten vastaukset koottiin ja samanlaiset sisällöt yhdistettiin painottaen toistojen määrää.

Webropol-kyselynä toteutettuun selvitykseen saatiin vastaukset 15 kunnasta (n=15), jolloin vastausprosentiksi tuli 21 kunnan mukaan 71 % ja 20 kunnan (kuntien lukumäärä vuonna 2013) mukaan 75 %. Vastaajat vastasivat kattavasti lähes kaikkiin kysymyksiin. Keskimäärin selvitykseen vastasi 2,4 henkilöä tai tahoa (esimerkiksi johtoryhmä tai yksittäinen henkilö) kustakin kunnasta. Vastaajan henkilöllisyys jäi avoimeksi, koska vastauslinkki oli mahdollista siirtää toiselle vastaajalle. Annetuista vaihtoehtoista vastaajiksi ilmoitettiin *hyvinvointikertomuksen pääkäyttäjä* (26 %, 6 vastaajaa), *kunnanjohtaja* (22 %, 6 vastaajaa), *terveyskeskuksen johtaja* (13 %, 4 vastaajaa), *terveyskeskuksen johtaja* (13 %, 4 vastaajaa), *terveyskeskuksen johtaja* (13 %, 4 vastaajaa).



5 vastaajaa) ja *kunnan johtoryhmä* (9 %, 2 vastaajaa) ja *joku muu* (43 %, 10 vastaajaa). Muina vastaajatahoina mainittiin hallintojohtaja, sosiaali- ja terveydenhuollon johtoa – perusturvajohtaja, sosiaalijohtaja, perusturvalautakunnan puheenjohtaja sekä terveyskeskuksen johtavat viranhaltijat, ylilääkäri ja ylihoitaja, osastonhoitaja ja terveystarkastaja. Vastaamisessa mainittiin tehdyn yhteistyöstä useiden tahojen kesken. Vastaajien jakaumaa kaikista vastaamiseen osallistuneista on kuvattu kuviossa 4.



Kuvio 4. Selvitykseen vastanneet tahot viiteryhmittäin prosentteina

## 6 Tulokset

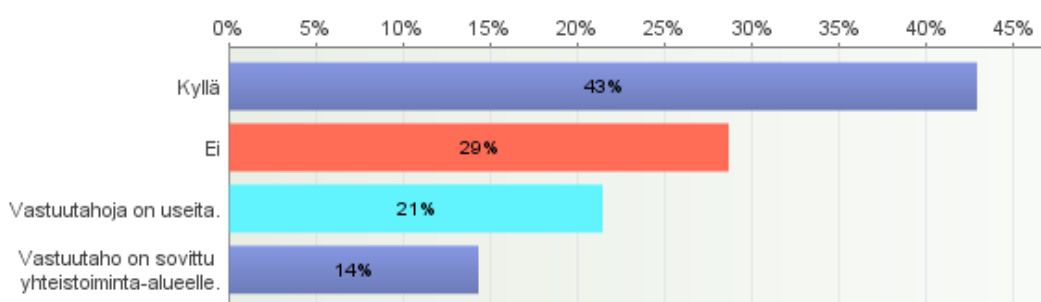
### 6.1 Kuntien hyvinvointijohtaminen ja terveyden edistämisen koordinaointi

Kuntien hyvinvointijohtamista ja terveyden edistämisen koordinaointia tarkasteltiin terveys- ja hyvinvointivaikutusten huomioonottamisen, terveyden ja hyvin-

voinnin edistämisen vastuutahon nimeämisen, hyvinvointikertomukseen liittyvän työn sekä asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin seurannan näkökulmista.

Selvitykseen vastanneista (n=15) kunnista 27 % ilmoitti huomioivansa päätösten vaikutukset väestön terveyteen ja hyvinvointiin. Keinoina mainittiin muun muassa näkyvyys kuntastrategiassa, tarvelähtöisyys ja poikkihallinnollinen terveyden edistämisen työryhmä. Kunnista 53 %:ssa todettiin päätösten vaikutukset terveyteen ja hyvinvointiin huomioitavan osittain, esimerkiksi pohdintoina vaikutuksista lautakunnassa, kaupunginhallituksessa ja valtuustossa; määrärahojen kohdentamisessa; osana ympäristövaikutusten arviointia sekä kunnan johtoryhmässä. Ennakkoarvioinnit mainittiin muutamissa vastauksissa, mutta samassa yhteydessä todettiin, että niitä ei tehty suunnitelmallisesti tai säännöllisesti.

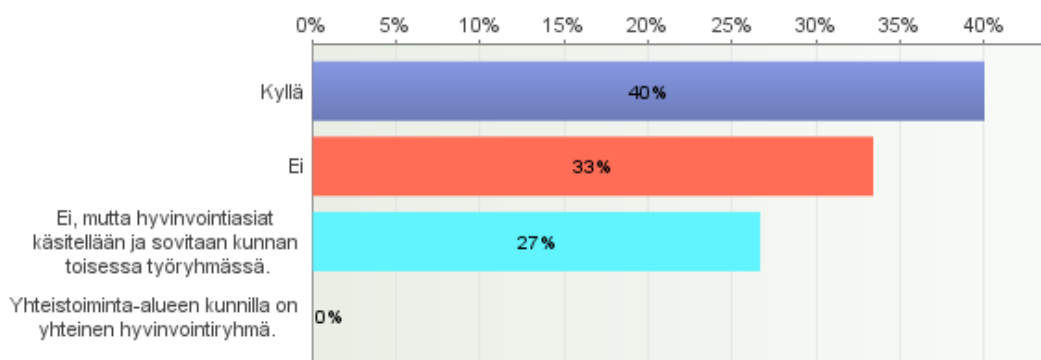
Selvitykseen vastanneista kunnista 43 %:ssa oli määritelty terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutaho (kuvio 5). Lisäksi 14 %:lla vastuutahon ilmoitettiin olevan yhteistoiminta-alueella ja 21 % vastanneista totesi, että vastuutahoja on useita. Kysymyksen 4. vastattaessa oli mahdollista valita samalla vastausta täydentäviä vastausvaihtoehtoja, tämän vuoksi ylitettiin 100 %. Mainittuja vastuutahoja olivat perusturvalautakunta, terveyden edistämisen työryhmä tai yksittäinen viranhaltija.



Kuvio 5. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutaho kunnassa (n=14)

Kysyttäessä hyvinvointiryhmästä, 40 % vastanneista kunnista (n=15) ilmoitti, että kunnassa toimii hyvinvointityöryhmä tai vastaava (kuvio 6). Ryhmää ei

ollut 33 %:ssa vastanneista kunnista. Työryhmän puheenjohtajina mainittiin erikseen valittu luottamushenkilöedustaja, perusturvajohtaja, kunnanjohtaja, sosiaali- ja terveysjohtaja sekä vuorottelevat palvelualuejohtajat ja sosiaali- ja terveysjohtaja. Noin neljännes (27 %) kunnista vastasi, että hyvinvointiasiat käsitellään ja sovitaan kunnan toisessa työryhmässä. Näinä ryhminä mainittiin kaupungin tai kunnan johtoryhmä, osittain kunnanhallitus ja perusturvalautakunta sekä yhteistoimintatoimielin ja terveyden edistämisen työryhmä.



Kuvio 6. Kunnassa on hyvinvointiryhmä tai vastaava (n=15).

Selvitykseen vastanneista kunnista 73 % oli aloittanut hyvinvointikertomustyön. Hyvinvointikertomuksen valmistelemina tahoina mainittiin hyvinvointiryhmä tai terveyden edistämisen työryhmä (3 vastausta), kunnan johtoryhmä (3 vastausta) ja hyvinvointikoordinaattori tai palvelusihteeri, perusturvan tilaaja-toimikunta, monialainen työryhmä, yhteysjohtaja, sosiaali- ja terveysjohtaja, sekä yhteistyö palveluyksikön kuntien kanssa. Kunnista kuusi ilmoitti vievänsä laajemman hyvinvointikertomuksen valtuustokäsittelyyn vuonna 2013 ja kaksi oli alustavasti käsitellyt sitä valtuustossa jo vuonna 2012. Lisäksi yksi kunta suunnitteli hyvinvointikertomuksen vientiä valtuustoon joko vuosina 2013 tai 2014.

Vastanneista kunnista 67 % ilmoitti seuraavansa asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin. Edelleen vastanneista kunnista 53 % raportoi kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista valtuustolle vuosittain. Valtuustolle raportoitiin kuntalaisten terveydestä ja hyvin-

voinnista tilinpäätöksen ja toimintakertomuksen yhteydessä. Viisi vastaajaa tarkensi vastauksissaan muun muassa, että kuntien vuosisuunnitelmien nykytilakuvauksiin sisältyy väestön terveydentilan mittareita ja sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyen kansantautien esiintyvyystietoja. Käytettyinä työvälineinä tai mittareina mainittiin kouluterveyskysely, tilastotiedot, Maisemamalli ja jatkossa hyvinvointikertomus. Tehtyjen toimenpiteiden vaikutusta indikaattoritietoon ei seurattu järjestelmällisesti.

## **6.2 Kunnan järjestämät asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia tukevat palvelut**

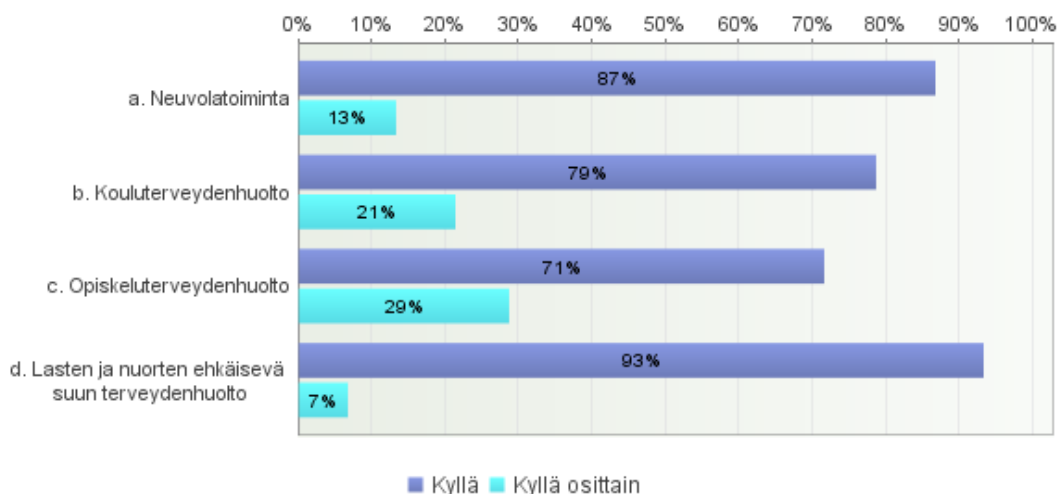
Kunnan järjestäminä asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia tukevana palveluina tarkasteltiin yleisen terveysneuvonnan ja -tarkastusten saatavuutta ja erityisesti niiden saatavuutta nuorilla ja työikäisillä, jotka jäävät opiskelu- tai työterveyshuollon palvelujen ulkopuolelle. Tässä yhteydessä tarkasteltiin myös iäkkäiden neuvontapalveluja, terveystarkastuksia ja hyvinvointia lisääviä kotikäyntejä. Lakiin ja asetukseen viitaten kysyttiin seulontojen järjestämisestä valtioneuvoston asetukseen (A 339/2011) perustuen sekä neuvolapalvelujen, kouluterveydenhuollon, opiskeluterveydenhuollon sekä lasten ja nuorten ehkäisevän suun terveydenhuollon toteutumisesta valtioneuvoston asetuksen (A 338/2011) mukaisesti. Lisäksi kysyttiin ympäristöterveydenhuollon järjestämistapaa.

Kysyttäessä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä tukevasta terveysneuvonnasta, esimerkiksi työ- ja toimintakykyä, mielenterveyttä ja elämänhallintaa tukevasta neuvonnasta, 93 % vastanneista kunnista ilmoitti tarjoavansa sitä. Neuvontapaikkoina mainittiin monipuolisesti terveydenhuollon eri yksiköt, erityisesti neuvolat, kouluterveydenhuolto, opiskeluterveydenhuolto ja työterveyshuolto sekä terveydenhoitajien painotetut vastaanotot. Neuvontaa annettiin hyvinvointikioskissa sekä ryhmätoimintoina esimerkiksi mielenterveystyötä, sydänterveyttä ja painonhallintaa tukien. Järjestöyhteistyö mainittiin ryhmätoimintojen ja vapaaehtoistyön osana. Maininnan saivat myös kotihoidon ennakkoivat kotikäynnit ja senioritupatoiminta. Lisäksi nostettiin esiin kunnassa toteutuvia hankkeita, joihin kuului terveysneuvontaa tai ehkäisevää päihdetyötä.

Vastanneista kunnista 80 % ilmoitti järjestävänsä terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia opiskelu- ja työterveyshuollon ulkopuolisille nuorille ja työikäisille. Pääosin neuvontaa ja tarkastuksia oli saatavilla omahoitajan ja lääkärin vastaanotoilta, jos asiakas osasi niitä kysyä. Vain muutamissa kunnissa opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääviä asukkaita kutsuttiin tarkastuksiin. Työttömille tarkastukset järjestettiin varmemmin kuin nuorille tai opiskelijoille.

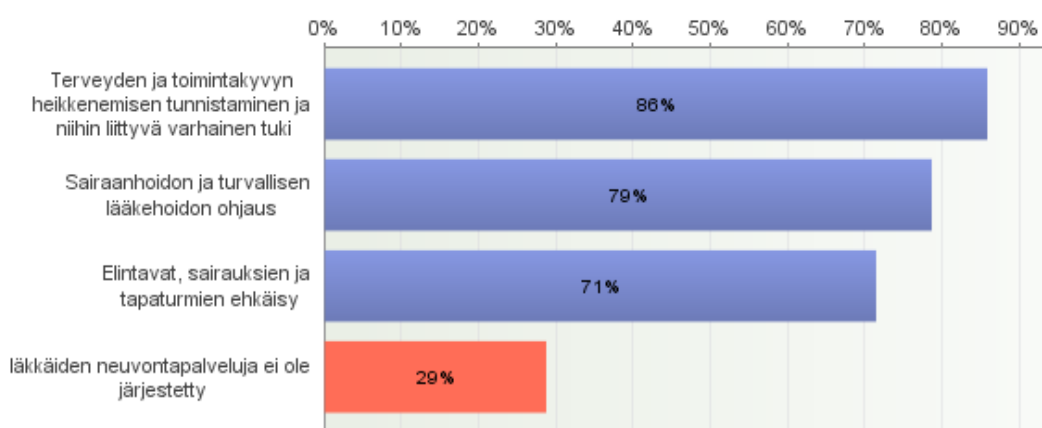
Opiskelu- ja työterveyshuollon ulkopuolelle jääneet pitkäaikaistyöttömät mainittiin terveystarkastuksia saavana ryhmänä – yhdessä vastauksessa mainittiin yli 500 päivää työttömänä olleet ja toisessa 500 päivää työttömänä olleille järjestettävä terveystapaaminen. Yhdessä vastauksessa todettiin, että työttömien tarkastukset oli aloitettu vuonna 2012 ja toinen kunta oli asettanut tavoitteeksi opiskeluterveydenhuollon ulkopuolelle jäävien tavoittamisen vuonna 2013. Etsivällä nuorisotyöllä kartoitettiin syrjäytymisvaarassa olevien nuorten tilannetta. Mainittiin myös yhteistyöstä työllistämisen kuntakokeilun työntekijöiden ja asiakkaiden kanssa. Palautetta annettiin työvoimahallinnon keskittämisestä keskuskaupunkeihin ja myös aikaisemmin nuorille tehtyjen työkykyarviointien tarpeellisuudesta näinä vuosina.

Valtakunnallisen seulontaohjelman mukaiset seulonnat (A 339/2011) järjestettiin kyselyyn vastanneista kunnista 93 %:ssa ja 7 %:ssa osittain. Valtioneuvoston asetuksen (A 338/2011) mukaiset toiminnot järjestettiin yli 70 %:ssa vastanneista kunnista ja ainakin osittain kaikissa kunnissa (kuvio 7). Osittain vastaus tarkoitti, että toiminta ei täysin vastannut asetuksen sisältöä. Kattavimmin vastattiin lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (93 %) sekä neuvolatoiminnoista (87 %). Lisätietona muutamat vastaajat kommentoivat lääkärivoimavarojen niukkuutta. Toisaalta voimavaroja kerrottiin lisätyn koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon.



Kuvio 7. Valtioneuvoston asetuksen (338/2011) mukaisesti järjestetyt toiminnot Pohjois-Savon kunnissa (n=15)

lääkkäiden neuvontapalveluja ja terveystarkastuksia selvitettiin tuolloin vielä voimassa olleen terveydenhuoltolain 20 §:ään viitaten. Kysyttiin, järjestettiinkö kunnassa alueen vanhuseläkettä saaville henkilöille neuvontapalveluja a) elintavoista, sairauksien ja tapaturmien ehkäisystä, b) terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisen tunnistamisesta ja varhaisesta tuesta tai c) sairaanhoidosta ja turvallisesta lääkehoidosta. Näiden toteumaa on kuvattu kuviossa 8. Lisäksi kysyttiin kunnan vapaaehtoisesti järjestämistä läikkäiden asukkaiden terveystarkastuksista ja hyvinvointia edistävistä kotikäynneistä.



Kuvio 8. Vanhuseläkettä saavien henkilöiden hyvinvointi- ja neuvontapalvelut (n=14)

Lisätietona kuvattiin, että neuvontapalvelut järjestettiin seniorineuvolan, palveluohjauksen ja muistipalveluohjauksen tai vanhusten palveluohjauskeskuksen avulla. Todettiin myös, että vanhuspalveluiden säännölliset asiakkaat saivat neuvontapalveluita useiden ammattiryhmien toimesta. Kotihoidon työntekijöiden mainittiin osallistuvan kotitapaturmien ehkäisyyn ja heille oli kehitetty esimerkiksi riskien arviointilista. Yhdessä kunnassa ikäihmisten neuvontapiste oli avoinna neljä tuntia viikossa ja lisäksi kunnassa toteutettiin hyvinvointia edistäviä (HEHKO) -kotikäyntejä. Muutamista kunnista täydennettiin, että neuvontapalvelut sisältyivät terveydenhuollon perustoimintaan, osaksi muita vastaanottokäyntejä, erityisesti aluehoitajan ja –lääkärin vastaanottoja. Todettiin myös:

*”... Huom! Pitäisi olla lain mukaan. Kehitetään.”*

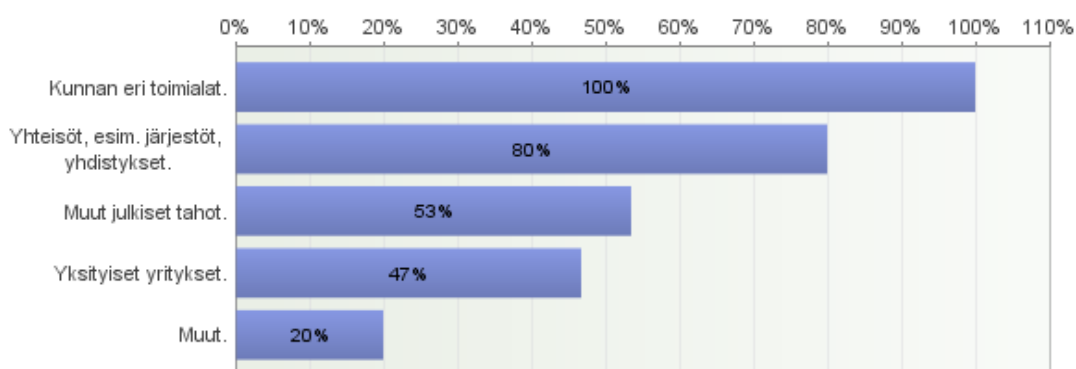
*”... Ei tarkkaa tietoa, kuuluuko edellä mainitut palvelun tuottajan palvelupakettiin.”*

Kunnissa järjestettiin myös vapaaehtoisia terveystarkastuksia ja kotikäyntejä ikääntyneille. Vastanneista kunnista 53 % järjesti iäkkäiden asukkaiden terveystarkastuksia ja 93 % iäkkäiden asukkaiden hyvinvointia lisääviä kotikäyntejä. Täydentävinä tietoina mainittiin, että tavoitteena oli käynnistää terveystarkastukset 2013 – 2014 tai että terveystarkastukset toteutettiin vaihtelevasti. Yhdestä kunnasta mainittiin, että terveystarkastukset järjestetään 75- ja 77-vuotiaille. Myös kotihoidon kehittäminen oli nostettu painoalueeksi ja ehkäiseviä kotikäyntejä suunniteltiin aloitettavan vuonna 2013.

Kuntien ympäristöterveydenhuolto järjestettiin valtaosin yhteistoiminta-alueella 93 %:ssa vastanneista kunnista (n=15). Kuopion kaupunki vastasi oman kunnan ympäristöterveydenhuollosta. Lisätiedoissa vastaajat kuvasivat tarkemmin ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueita. Vastauksista kävi ilmi, että yhteistoiminta-alueiden isäntäkuntia olivat Siilinjärven kunta ja Tervon kunta. Ylä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä puolestaan vastasi kuntayhtymän jäsenkuntien ympäristöterveydenhuollosta.

### 6.3 Paikallinen ja alueellinen yhteistyö asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi

Yhteenveto kunnissa tehdystä paikallisesta yhteistyöstä kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi on koottu kuvioon 9. Kaikissa (100 %) vastanneista kunnista tehtiin yhteistyötä asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi kunnan eri toimialojen kesken, erityisesti mainittiin sosiaali- ja terveystoimi, koulu-, sivistys-, vapaa-aika- ja nuorisotoimi sekä kulttuuri- ja liikuntatoimi, tekninen toimi ja yleishallinto.



Kuvio 9. Kuntien keskeiset hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyötahot (n=15)

Vastanneista 53 % ilmoitti tekevänsä yhteistyötä kunnan eri toimialojen lisäksi myös muiden julkisten tahojen kanssa, joina mainittiin sairaanhoitopiiri ja Kas-te-hankkeet, Kysteri -perusterveydenhuollon liikelaitos, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, sosiaali- ja terveydenhuollonkuntayhtymä ja sen alueen kunnat, poliisi, seurakunta ja toisen asteen oppilaitokset. Vastanneista 80 % teki yhteistyötä eri yhteisöjen, esimerkiksi järjestöjen ja yhdistysten kanssa ja 47 % valitsi yhteistyötahoiksi myös yritykset. Yhteistyötahoina mainittiin erityisesti kansanterveys-, sosiaali- ja terveysalan järjestöt, vanhus- ja vammaisneuvosto, eläkeläisjärjestöt, SPR, MLL, 4H- ja kyläyhdistykset. Kansanterveysjärjestöistä mainittiin Sydänliitto, Diabetesliitto ja Hengitysliitto. Lisäksi yhteistyötahoina (20 %) mainittiin aluehallintoviraston alkoholitarkastaja, vapaaehtoistyö sekä hankkeet ja projektit.



Tästä tutkimuksesta rajattiin pois sairaanhoitoa koskevat säädökset (terveydenhuoltolain 3 luku; 24 § – 31 §). Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä säädetään lain (L 1326/2010) 32 §:ssä. Lomakkeessa kysyttiin avoimella kysymyksellä: *Mitä yhteistyökäytäntöjä kuntanne sosiaali- ja terveydenhuollossa on asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi? (Esim. varhainen puuttuminen, mini-interventiot)*. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyökäytäntöinä mainittiin useimmiten mini-interventiot laajasti ajateltuina (6 kertaa) – päihteet, erityisesti tupakka ja alkoholi, ravitsemus, liikunta, mieliala – ja varhainen puuttuminen (7 kertaa) tai varhaisen tuen tarpeen arviointi (neuvolat, kouluterveydenhuolto, sosiaalitoimi). Lisäksi kerrottiin sosiaalitoimen, kotihoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötiimistä sekä yhteistyökäytännöistä mielenterveys- ja oppilashuoltotyössä. Muutamissa vastauksissa kuvattiin neuvolatiimin (terveydenhoitaja, lääkäri, psykologi) ja neuvolan, kouluterveydenhoidon ja sosiaalitoimen välistä yhteistyötä sekä lasten ja nuorten parissa tehtävää perheinterventiotyötä. Myös fysioterapiapalvelut ja kuntahoitajan ohjaamat ryhmätoiminnot mainittiin. Alueellisesta yhteistyöstä todettiin sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän edustajien osallistuminen jäsenkuntien yhteisten suunnitelmien laadintaan. Alueellisina suunnitelmina mainittiin Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma (HYVIS), mikä liittyi varhaiseen puuttumiseen syrjäytymisen ehkäistäessä, ja Turvallinen arki -kokonaisuus, missä tarkasteltiin kuntakeskuksia turvallisuuden, ikääntyneiden turvallisen asumisen, päihteiden käytön ja tapaturmien näkökulmista.

#### **6.4 Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueellinen työ kuntien tukena**

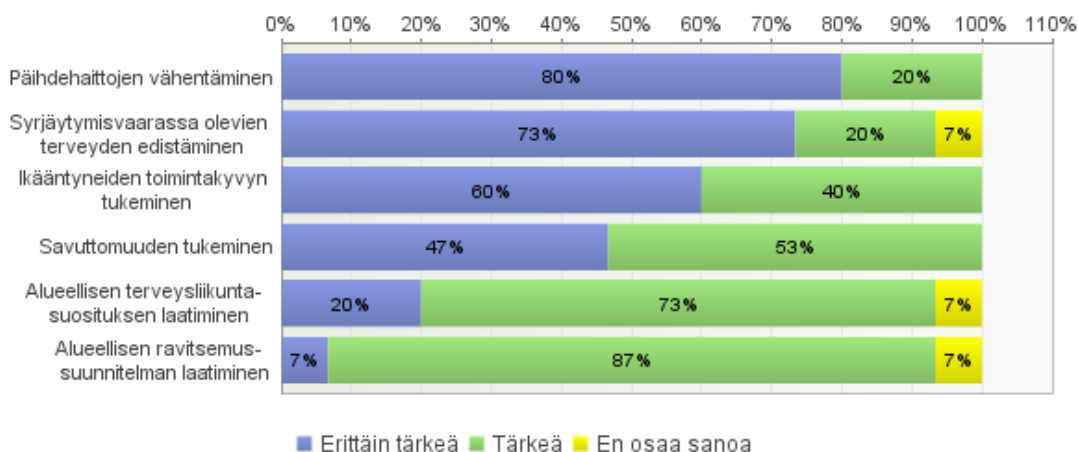
Terveydenhuoltolain (L 1326/2010) 4 luku käsittelee terveydenhuollon yhteistyötä ja alueellisia palveluja. Terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta säädetään lain 34 §:ssä ja perusterveydenhuollon yksiköstä lain 35 §:ssä sekä alueellisesta terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistämisestä lain 36 §:ssä. Tässä tutkimuksessa kartoitettiin myös edellä mainittujen pykälien toteutumista ja yhteistyön sisältötoiveita Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin ja alueen kuntien välisessä yhteistyössä.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen alueelliseksi koordinaatitahoksi esitettiin sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikköä (6 vastaajaa) tai yleisemmin sairaanhoitopiiriä tai Kuopion yliopistollista sairaalaa (5 vastaajaa). Lisäksi koordinaatitahoksi esitettiin sairaanhoitopiirin alueellista terveyden edistämisen työryhmää (2 vastaajaa) tai maakuntamallin mukaista sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikköä. Alueen kunnat antoivat avoimissa vastauksissaan vahvan kannatuksen sille, että Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri tai sen perusterveydenhuollon yksikkö ottaisivat selkeän roolin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen alueellisena koordinaatitahona.

Kuntanäkökulmasta terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyötä ja sen koordinoitua haittaavaksi nähtiin se, että sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen vastuu oli kuntayhtymällä. Tämän koettiin rikkovan kokonaisuutta kunnan eri toimialojen ja sidosryhmien välillä. Todettiin myös valitettavana asiana lääninhallitusten lopettamisen jälkeinen tilanne ja muutokset, joiden jälkeen hyvinvointi- ja terveysseurantatietojen tarkastelu oli jäänyt kunnissa vähäiseksi.

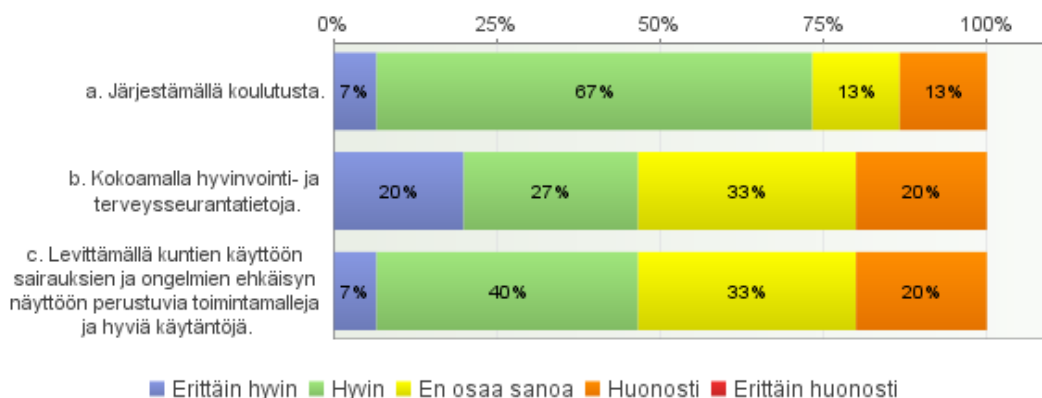
Selvitykseen vastanneet kunnat nostivat alueellisesti *Erittäin tärkeiksi* paino-alueiksi päihdehaittojen vähentämisen (80 %), syrjäytymisvaarassa olevien terveyden edistämisen (73 %) ja ikääntyneiden toimintakyvyn tukemisen (60 %). *Tärkeinä* teemoina vastaavasti pidettiin alueellista ravitsemussuunnitelmaa (87 %), alueellista terveystaloudsuunnitelmaa (73 %) ja savuttomuuden tukemista (53 %). Vastauksia on kuvattu tarkemmin kuviossa 10.

Alueellisen tuen teematoiveissa tarkennettiin ravitsemushoidon kehittämistä, esimerkiksi MNA (Mini Nutritional Assessment, iäkkäiden ravitsemustilan arviointi ja aliravitsemuksen tunnistaminen), kaatumisten ennaltaehkäisyä, vanhusten ja erityisryhmien kotona asumisen turvallisuutta ja vammaispalveluihin liittyviä asioita. Ehkäisevää päihdetyötä toivottiin kohdennettavan erityisesti nuoriin ja alkoholin lisääntyneen käytön osalta ikääntyneisiin.



Kuvio 10. Alueelliset tukitarpeet kuntien kokemina (n=15)

Kunnat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tarjoamaan asiantuntemukseen ja tukeen (kuvio 11). Selvityksessä tarkasteltiin koulutusten järjestämistä, hyvinvointi- ja terveysseurantatietojen kokoamista sekä sairauksien ja ongelmien ehkäisyn näyttöön perustuvien toimintamallien ja hyvien käytäntöjen levittämistä. Tyytyväisyytensä koulutusten järjestämiseen 74 % vastasi *Erittäin hyvin* tai *Hyvin*. Hyvinvointi- ja terveysseurantatietojen kokoamista 47 % kuvasi *Erittäin hyvin* tai *Hyvin* toteutuneeksi ja sairauksien ja ongelmien ehkäisyn näyttöön perustuvien toimintamallien ja hyvien käytäntöjen levittämisen 47 % vastanneista koki *Erittäin hyvin* tai *Hyvin* toteutetuksi. Aineistossa ei ollut yhtään *Erittäin huonosti* -vastausta, mutta *Huonosti* -vastauksia oli muutamia (13 – 20 %) kussakin teemassa ja *En osaa sanoa* -vastauksia esiintyi kahdesta viiteen (13 – 33 %) kussakin teemassa.



Kuvio 11. Kuntien näkemys sairaanhoitopiirin kuntayhtymän onnistumisesta alueellisen asiantuntemuksen ja tuen tarjonnassa (n=15)

Kunnilta kysyttiin myös toiveita sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön työlle, koska se on Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä täydentynyt vuonna 2012 terveydenhuoltolain (mt.) 35 § mukaiseksi yksiköksi. Vastauksissa kannustettiin yksikköä viemään eteenpäin ennaltaehkäisevää ja terveydenedistämistyötä alueella – myös yksikön henkilöstövoimavaroissa todettiin vahvistamistarpeita alueellisen ja kuntien hyvinvointityön koordinoimiseksi. Kantaa otettiin myös pienten ja pitkien välimatkojen päässä olevien kuntien huomiointiksi. Esimerkkejä kuntien toiveista perusterveydenhuollon yksikölle:

- *"Perusterveydenhuollon yksikön pitää viedä ennaltaehkäisevää sekä terveyden edistämistyötä eteenpäin."*
- *"Perusterveydenhuollon yksikön resursseja tulisi vahvistaa päätoimisilla henkilöillä, jotka kantaisivat kuntien hyvinvointityön koordinoitavaksi ja olisivat mukana yhteen sovittamassa Pohjois-Savon kuntien hyvinvointityötä kuntien kanssa."*
- *"Toivottavasti jatkossa huomioidaan paremmin pienten, pitkien välimatkojen kuntien näkemykset."*

## 6.5 Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset

Tutkimukseen vastasi 75 % Pohjois-Savon kunnista vuonna 2013. Vastanneista kunnista kaksi kolmasosaa (67 %) ilmoitti seuraavansa asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin. Lisäksi noin puolet (53 %) myös raportoi näistä ja toteutuneista toimenpiteistä valtuustolle vuosittain. Ennakoarvointien käyttö sen sijaan jäi alle kolmasosaan (27 %) selvitykseen vastanneissa Pohjois-Savon kunnissa, jos ei huomioida osittaisia ja satunnaisia menetelmiä.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutaho oli nimetty yli puoleen (57 %) vastanneista kunnista, kun huomioitiin vastuutaho omassa kunnassa tai yhteistoiminta-alueella. Vastuutahoina mainittiin perusturvalautakunta, terveyden edistämisen työryhmä tai yksittäinen viranhaltija. Hyvinvointiryhmä toimi 40 %:ssa selvitykseen vastanneista kunnista. Hyvinvointiryhmän puheenjohtaja edusti usein kunnan johtoryhmää. Myös hyvinvointikertomustyö oli aloitettu 73 %:ssa vastanneista kunnista ja noin puolet näistä kunnista suunnitteli viävänsä hyvinvointikertomuksen valtuustoon vuonna 2013.

Kunnissa toimittiin väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi yhteistyössä useiden tahojen kanssa. Suunnitelmallinen hyvinvointijohtaminen sekä käytännöt asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin seuraamiseksi ja tarvittavat toimenpiteet raportointineen vaihtelivat painotuksiltaan useissa Pohjois-Savon kunnissa.

Terveydenhuollon lakisääteiset terveyden edistämiseen kuuluvat palvelut, kuten terveysneuvonta ja terveystarkastukset, seulonnat, neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, oli toteutettu alueen kunnissa valtaosin asetusten sisältöjä vastaten (71 – 93 %:ssa kunnista). Myös iäkkäiden neuvontapalveluja ja hyvinvointia lisääviä kotikäyntejä oli hyvin tarjolla (71 – 93 %:ssa kunnista). Uusi asia kunnissa oli työ- tai opiskeluterveydenhuollon ulkopuolelle jäävien terveystarkastukset, vaikka niitä olikin saatavissa 80 %:ssa vastanneista kunnista – vain muutamissa kunnissa näihin tarkastuksiin kutsuttiin.

Sairaanhoitopiiri ja sen perusterveydenhuollon yksikkö saivat selvityksessä kunnilta vahvan kannatuksen sopivaksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen alueelliseksi koordinaatitahoksi. Selvitykseen vastanneet kunnat toivoivat, että alueellisesti tuettaisiin erityisesti päihdehaittojen vähentämistä (80 %), syrjäytymisvaarassa olevien terveyden edistämistä (73 %) ja ikääntyneiden toimintakykyä (60 %). Tärkeinä teemoina pidettiin myös alueellista ravitsemussuunnitelmaa (87 %), alueellista terveystiliikuntasuunnitelmaa (73 %) ja savuttomuuden tukemista (53 %).

Terveydenhuoltolaissa on useita velvoitteita kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työlle sekä alueelliselle yhteistyölle ja suunnitelmille. Terveydenhuoltolaki on sisältölaki, mitä ei ole sanktioitu, joten se voi vaikuttaa siihen, miten tunnollisesti kunnat vastaavat velvoitteisiin. Uudistuvat lainsäädännöt, kuten sosiaalihuoltolaki, palvelurakennelaki ja kuntalaki, todennäköisesti vahvistavat terveydenhuoltolain hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen säädösten merkitystä kunnissa ja alueilla. Uudistuvissa palvelurakenteissa tulee varmistaa peruskuntien ja sosiaali- ja terveydenhuollon alueorganisaation välinen yhteistyö asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi myös järjestäjä- ja tuottajarooleihin sekä toimielimiin ja työryhmiin liittyen.

## **7 Pohdinta**

### **7.1 Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen alueen kunnissa**

Kuntien terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä tarkasteltiin terveydenhuoltolain 2 luvun velvoitteiden mukaisesti. Selvitykseen vastanneista Pohjois-Savon kunnista kaksi kolmasosaa ilmoitti seuraavansa asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin. Lisäksi noin puolet myös raportoi näistä ja toteutuneista toimenpiteistä valtuustolle vuosittain. Tulokset olivat samansuuntaiset, kuin THL:n vuoden 2013 kuntajohdon terveydenedistämisaktiivisuuden TEA-viisarista oli todettavissa Pohjois-Savon sairaanhoito-

piirin kuntia tai koko maata koskien, mutta myös poikkeavuuksia havaittiin. TEA-viisarin sairaanhoitopiiriä koskevat arvot ovat alueen kuntien väestöpohjalla painotettuja pisteitä (Ståhl 2014).

Kuntajohdon 2013 TEA-viisarissa Pohjois-Savon kuntien keskiarvo seuranta- ja tarveanalyysille oli 75 % (koko maa 71 %). Erityisen hyvän arvion Pohjois-Savon kunnat olivat antaneet johtoryhmän seurannalle (94 %) ja valtuustoraportoinneille (84 %), kun seurantamittareiden käyttö ja hyvinvointikertomus jäivät 48 %:iin. (TEA-viisari vertailutietojärjestelmä 2014.) Näistä johtoryhmän seurannan ja valtuustoraportoinnin prosentit olivat parempia kuin tässä tutkimuksessa. Kuntajohdon 2013 vastausprosentti TEA-viisarissa oli Pohjois-Savossa 50 % (Ståhl 2014), kun se tässä tutkimuksessa oli 75 % ja näin alueen kuntien edustavuus oli tässä tutkimuksessa kattavampi.

Tämä tutkimus antoi paremman kuvan siitä, miten kunnat olivat vastanneet velvoitteeseen laatia hyvinvointikertomus; selvitykseen vastanneista kunnista 73 % oli aloittanut hyvinvointikertomuksen laadinnan ja noin puolet kunnista aikoi viedä sen valtuustoon vuonna 2013. THL:n kuntajohdon 2013 kyselyssä 33 %:ssa vastanneista kunnista oli tehty hyvinvointikertomus ja 55 %:ssa vastanneista kunnista se oli valmisteilla vuonna 2013 (Hätönen ym. 2013, 2). Tämä koko maata koskeva tulos oli lähempänä tämän tutkimuksen tulosta kuin mitä kuntajohdon TEA-viisari näytti Pohjois-Savon kunnista. Hyvinvointikertomustyön aloittamista ovat oletettavasti lainsäädännön lisäksi tukeneet saatavilla olleet uudet työvälineet (Tietoa sähköisestä hyvinvointikertomuksesta 2014) ja alueella toimineet hankkeet (Kanerva-Kaste-hanke. N.d.; Kyllä terveyteen tartuttiin! 2012, 25 – 45). Kanerva-Kaste-hankkeen selvityksessä muutama vuosi aikaisemmin erityisvastuualueen kunnista 26 % oli tehnyt hyvinvointikertomuksen ja 19 %:lla se oli suunnitteilla (Renfors & Ojuva 2011).

Ennakkoarviointien käyttö jäi alle kolmasosaan niin tässä tutkimuksessa (27 %) kuin THL:n kuntajohdon 2013 TEA-viisarissa (25 %) Pohjois-Savossa. Toisaalta, jos huomioidaan myös osittainen tai satunnainen arviointi, päätösten vaikutusten huomiointi väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin nousi

tässä tutkimuksessa vastanneiden joukossa 80 %:iin. Tällöin on syytä pohtia kysymyksen ja käsitteen ymmärrettävyyttä, osittainen ja satunnainen on löyhä valinta. Kuntajohdon 2013 TEA-viisarissa päätösten ennakkoarviointien käyttöä oli täsmennetty lautakuntapäätösten valmistelun, suunnitelmien ja ohjelmien valmistelun ja kuntastrategian valmistelun osalta, mitkä kuvaavat asiaa tarkemmin. (TEAviisari vertailutietojärjestelmä 2014.) Ennakkoarviointien suunnitelmallisen käytön soisi lisääntyvän, koska se tuo päätösten valmistelun ja vaihtoehdot näkyviksi ja myös päätösten ennakoidut vaikutukset kuntalaisten hyvinvointiin talousnäkökohtien rinnalle.

Tässä tutkimuksessa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutaho oli nimetty yli puoleen kunnista, kun huomioitiin vastuutaho omassa kunnassa tai yhteistoiminta-alueella. Vastuutahoksi ilmoitettiin perusturvalautakunta, terveyden edistämisen työryhmä tai yksittäinen viranhaltija. TEA-viisarin 2012 perusterveydenhuollon kyselyssä terveyden edistämisen johtamisvastuu näytti painottuvan Pohjois-Savossa terveyden edistämisen suunnittelijalle tai koordinaattorille ja perusterveydenhuollon hoitotyön johtajille (vrt. taulukko 5). Hyvinvointiryhmä toimi 40 %:ssa selvitykseen vastanneista Pohjois-Savon kunnista ja ryhmien puheenjohtajat edustivat hyvin kunnan johtoryhmää. Nämä olivat selvästi vähemmän kuin mitä kuntajohdon 2013 TEA-viisari näytti Pohjois-Savon kuntien osalta; terveyden edistämisen vastuutaho (93 %) ja hyvinvointiryhmä (94 %), mutta toisaalta enemmän kuin Kanerva-Kaste-hankkeen selvityksessä vuonna 2009, jolloin 38 %:ssa Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen (viisi sairaanhoitopiiriä) kunnista oli terveyden edistämisen johtoryhmä, joko kunnan johtoryhmänä tai poikkihallinnollinen ryhmä. (Renfors & Ojuva 2011).

Kuntajohdon 2013 TEA-viisarissa (suluissa Pohjois-Savon arvot) oli eritelty johtamisvastuun osalta terveyden edistämisen johtoryhmä (98 %), vastuullinen viranhaltija (94 %), poikkihallinnollinen terveyden edistämisen ryhmä (94 %) ja terveyden edistämisen suunnittelija tai koordinaattori (86 %). (TEAviisari vertailutietojärjestelmä 2014.) Näissä TEA-arvoissa painottuvat alueen suu-



rimpien kaupunkien väestöpainotetut vastaukset, mikä osaltaan selittää myös havaittuja eroja tämän tutkimuksen tuloksiin.

Heiliön ja muiden (2013, 2) raportissa todettiin, että kuntajohdon TEA-kyselyssä kaikissa kuntaryhmissä, riippumatta palvelujen järjestämistavasta, hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen johtoryhmä oli yleisimmin kunnan johtoryhmä. Sen sijaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen erillisen ryhmän olemassaolo vaihteli palveluiden järjestämistavan mukaan (Heiliö ym. 2013, 2). Aikaisemmin on todettu myös kuntakoon yhteys näiden ryhmien olemassaoloon (Kokko ym. 2009, 101; Kyllä terveyteen tartuttiin! 2012, 26 – 27). Kuntien omia terveyden edistämisen työryhmiä tai vastaavia oli eniten nimetty yli 20 000 asukkaan kuntiin (mts. 2009, 101). Pohjois-Savossa yli 20 000 asukkaan kuntia oli vuonna 2012 neljä ja yli 10 000 asukkaan kuntia kaksi, muiden kuntien väkiluku jäi alle 10 000 asukkaan. Kokko ja muut (2009, 102) totesivat, että hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen yhteistyöryhmä oli yhteistoiminta-alueilla selvästi harvinaisempi kuin muissa kunnissa. Tämä tukee myös tämän tutkimuksen havaintoja, kun alueen kunnista valtaosa (80 %) kuului yhteistoiminta-alueelle tai oli antanut järjestämisvastuun isäntäkunnalle.

Tässä tutkimuksessa taustamuuttujina kysyttiin ainoastaan vastaajakunta ja vastaamiseen osallistuneet tahot ammatillisin viiteryhmin. Taustamuuttujina olisi ollut mahdollista käyttää tilastoja yhdistäen esimerkiksi kuntakokoa (väkiluku) tai kunnan tapaa järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (ks. taulukko 7). Koska selvitys ajoittui alkuvuoteen 2013 ja vaikka siinä kysyttiin kunnan tilannetta vuonna 2012, saattoi muuttunut asema yhteistoiminta-alueella tai asema itsenäisenä kuntana vaikuttaa joihinkin vastauksiin tai vastaamatta jättämisiiin. Tässä tutkimuksessa taustamuuttujilla ei selitetty tuloksia, kuten esimerkiksi Kokon ja muiden (2009) tai Heiliön ja muiden (2013) tutkimuksissa.

Kunnissa toimittiin väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi yhteistyössä useiden tahojen kanssa. Kuitenkin suunnitelmallinen hyvinvointijohtaminen ja asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin seuranta tarvittavine toimenpi-

teineen ja niihin liittyvä raportointi haki vielä muotoaan useissa Pohjois-Savon kunnissa. Aikaisemmin Simonsenin (2013, 10) eteläsuomalaisissa, keskikoisissa kunnissa tekemässä tutkimuksessa pidettiin vaikuttavuuden näkökulmasta tärkeimpinä asioina vanhusväestön terveyden ja elämänlaadun edistämistä sekä perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon toimivuutta (Simonsen 2013, 10).

Terveydenhuollon lakisääteiset terveyden edistämiseen kuuluvat palvelut, kuten terveysneuvonta ja terveystarkastukset, seulonnat, neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto toteutuivat alueella hyvin. Työ- tai opiskeluterveydenhuollon ulkopuolelle jäävien terveystarkastuksia oli saatavilla valtaosassa vastanneista kunnista, mutta vain muutamissa kunnissa näihin tarkastuksiin kutsuttiin. Tämä olisi mielestäni ajankohtainen ja tärkeä asia pohdittavaksi kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden viestinnässä, kuinka asukkaat ovat tietoisia oikeuksistaan terveystarkastuksiin.

Kunnissa järjestettiin iäkkäiden neuvontapalveluja ja hyvinvointia lisääviä kotikäyntejä hyvin. Lomakkeella kysyttiin iäkkäiden neuvontapalveluista sen hetken lainsäädännön (L 1326/2010, 20 §) mukaan. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (L 980/2012) astui voimaan 1.7.2013. Laissa on useita ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä tukevia velvoitteita kunnille.

Tutkimusasetelmassa ei nyt hyödynnetty taustamuuttujia siten, että olisi voitu vertailla esimerkiksi yhteistoiminta-alueiden kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palveluiden samankaltaisuutta tai paikallista eri toimijatahojen yhteistyötä kunnissa ja alueilla.

Kuntien ympäristöterveydenhuolto järjestettiin valtaosin yhteistoiminta-alueella, mikä on yleinen käytäntö. Ylä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä vastasi kuntayhtymän jäsenkuntien ympäristöterveydenhuollosta ja Leppävirran kuntaa lukuun ottamatta muut yhteistoiminta-alueiden isäntä-

kunnat mainittiin vastauksissa. Ainoastaan Kuopion kaupunki vastasi itse oman kunnan ympäristöterveydenhuollosta.

## 7.2 Terveystenhuollon yhteistyö ja alueelliset palvelut

Lomakkeessa kysyttiin avoimella kysymyksellä kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyökäytännöistä asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Kysymyksen yhteydessä mainittiin esimerkit varhainen puuttuminen ja mini-interventiot, joilla tarkoitettiin jonkun asian esille ottamista, kun se kohdataan, vaikka asian hoito kuuluisikin toiselle ammattilaiselle. Vastauksissa oli useita mainintoja esimerkkeihin liittyen. Noin 40 % vastaajista kuvasi laaja-alaisia mini-interventioita ja vajaa puolet varhaista puuttumista tai varhaisen tuen tarpeen arviointia neuvoloissa, kouluterveydenhuollossa ja sosiaalitoimessa. Vastauksissa tuotiin esiin myös yhteistyötiimit sosiaalitoimen, kotihoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyöstä sekä yhteistyökäytäntöjä mielen-terveys- ja oppilashuoltotyössä tai neuvolan, kouluterveydenhoidon ja sosiaalitoimen välinen yhteistyö sekä lasten ja nuorten parissa tehtävää perheinterventiotyö. Nämä ovat hyviä esimerkkejä kunnan sisällä tehtävästä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen yhteistyöstä ja ammattilaisten osaamisesta.

Alueellisessa yhteistyössä mainittiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän edustajien osallistuminen jäsenkuntien yhteisten suunnitelmien laatimiseen. Tämä on hyvä suuntaus ja tarpeellinen käytäntö myös tulevaisuutta kunta- ja sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisissa palvelurakenteissa, samoin kuin edellä mainitut kunnan sisäiset yhteistyökäytännöt riippumatta palvelujen tuottajasta.

Kysymyksessä 26 kartoitettiin kuntajohdon mielipidettä yhteisesti sovittavien alueellisten teemasisältöjen tärkeydestä 5-portaisella asteikolla. Tässä positiivisten vaihtoehtojen lisäksi oli tarjolla vain *En osaa sanoa* -vastausvaihtoehto, mikä ajateltiin tulkittavan painoalueita tarkasteltaessa samaan tapaan kuin Ei tärkeä -vaihtoehdot. Tämä oli tietoinen valinta, mutta käytännössä vastaajat saattoivat tulkita vaihtoehdon valinnan eri tavoin. Kysymyksessä 26 ainoas-

taan kolmeen aihealueeseen yksi vastaaja käytti *En osaa sanoa* -vaihtoehtoa. Kananen (2010, 88) pitää *En osaa sanoa (Eos)* -vaihtoehtoa ongelmallisena, koska se voidaan ymmärtää kahdella tavalla: vastaajan mielipide voi olla asteikon puolivälissä tai voi olla niin, että hänellä ei ole asiasta mitään tietoa. Kananen (2010, 114) suosittelee mielipidekysymysten tulkitaan prosenttijakaumien sijaan painotettuja keskiarvoja, mitkä ovat prosenttilukuja havainnollisempia. Näitä painotettuja keskiarvoja tarkasteltiin tässäkin tutkimuksessa kysymyksissä 26 ja 29, mutta ne eivät muuttaneet painoalueiden tai kannanottojen järjestystä ja niitä ei esitetty tuloksissa.

Selvitykseen vastanneet kunnat toivoivat alueellisesti tuettavan erittäin tärkeinä painoalueina *päihdehaittojen vähentämistä, syrjäytymisvaarassa olevien terveyden edistämistä ja ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitoa*. Tärkeinä teemoina vastaavasti pidettiin alueellista ravitsemussuunnitelmaa, alueellista terveysliikuntasuunnitelmaa ja savuttomuuden tukemista. Nuo erittäin tärkeiksi nousseet painoalueet ovat sellaisia, joissa myös kuntien omat strategiset linjaukset ja toimintakäytännöt sekä monitoimijuus ja hallintokuntarajat ylittävä yhteistyö ovat merkityksellisiä. Alueellisesti on mahdollista levittää tietoa ja mallinnuksia hyvistä toimintakäytännöistä, mutta tämä edellyttää myös alueellisen asiantuntija- ja tukityön organisointia sairaanhoitopiirissä tai muissa alueellisissa rakenteissa. Myös kunnissa toimintakäytäntöjen uudistaminen edellyttää vahvaa johdon tukea, voimavaroja, innostuneisuutta ja innovatiivisuutta lähteä soveltamaan malleja omiin toimintaympäristöihin.

Sairaanhoitopiiri ja sen perusterveydenhuollon yksikkö saivat selvityksessä kunnilta vahvan kannatuksen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen alueelliseksi koordinaatitahoksi. Alueellisen tuen näkökulmasta on hyvä huomioda, että myös Itä-Suomen aluehallintovirasto ja Pohjois-Savon liitto ovat linjanneet hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alueellisia painoalueita lähivuosille. Aluehallintoviraston vuoden 2013 hyvinvoinnin edistämisen teemat liittyivät terveyden edistämisen rakenteiden vahvistamiseen, indikaattoritiedon käyttöön päätöksenteossa ja alueellisen terveyden edistämisen tilannekuvan luomiseen sekä savuttomuuden edistämiseen ja tapaturmien ehkäisyyn (Kejonen

2013). Keskeisin painoalue Itä-Suomen aluehallintoviraston terveyden edistämisen työssä on alkoholiohjelman alueellinen koordinointi ja ehkäisevän päihdetyön tuki kunnille kohdistetulla vuorovaikutusohjauksella (Kejonen 2013). Pohjois-Savon liiton maakuntaohjelmassa 2011 – 2014 on hyvinvointipalvelujen ja hyvinvoinnin painoalueina mainittu kuntien, yritysten ja yhdistysten kumppanuus palvelutuotannossa, sosiaali- ja terveyspalvelujen vahvat tuotantoalueet sekä elämäntavat ja kansansairauksien ehkäisy. Elämäntavat ja kansansairauksien ehkäisyn painoalueella on nostettu keskeisimmiksi terveyden edistäminen sosiaali- ja terveyspalveluissa, tutkimustiedon jalkauttaminen sekä elämäntapojen kohentaminen liikunta- ja ravitsemusosaamisen sekä kulttuurin keinoin. (Pohjois-Savon maakuntaohjelma 2011 – 2014. 2012.) Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alueellista valvonta-, koordinaatio- ja kehittämistyötä tekevien tahojen verkostoitumisesta on merkittävä hyöty alueellisen yhteistyön suunnitteluun ja koordinointiin (vrt.Kuvio 3. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alueellinen johtaminen ja koordinaatio).

Kunnat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tarjoamaan asiantuntemukseen ja tukeen. Selvityksessä tarkasteltiin koulutusten järjestämistä, hyvinvointi- ja terveysseurantatietojen kokoamista sekä sairauksien ja ongelmien ehkäisyn näyttöön perustuvien toimintamallien ja hyvien käytäntöjen levittämistä. Valtaosa vastaajista ilmaisi tyytyväisyytensä koulutusten järjestämiseen *Erittäin hyväksi* tai *Hyväksi*. Lähes puolet vastanneista kuvasi hyvinvointi- ja terveysseurantatietojen kokoamisen *Erittäin hyvin* tai *Hyvin* toteutuneeksi ja vastaavan tasoiseksi oli koettu sairauksien ja ongelmien ehkäisyn näyttöön perustuvien toimintamallien ja hyvien käytäntöjen levittäminen. Edellä mainituissa *Hyvin* -arvioiden osuus oli merkittävämpi kaikissa teema-alueissa. Aineistossa ei ollut yhtään *Erittäin huonosti* -vastausta, mutta *Huonosti*-vastauksia oli muutama kussakin teemassa ja *En osaa sanoa* -vastauksia yksi koulutuksiin ja viisi kahteen muuhun teemaan liittyen. Todennäköisin selitys *En osaa sanoa* -vastausten yleisyydelle on, että kuntajohdossa tai kunnan yleishallinnossa ei kovin hyvin tunneta sairaanhoitopiirin alueellisen tuen toimintakäytäntöjä tai terveydenhuoltopainotteista koulutusta.

### 7.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset näkökohdat

Tutkimuksen vastausprosenttia (75 % vuoden 2013 mukaan ja 71 % vuoden 2012 mukaan) voidaan pitää hyvänä. Tähän saattoi vaikuttaa se, että tutkimus toteutettiin alueellisena selvityksenä Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksiköstä, millä on aluetta koordinoiva rooli. Toisaalta tiedonkeruuvaiheessa lähetettiin suositeltua kahta (Hirsjärvi ym. 2009, 196) useampi muistutussate kuntiin, mikä myös lisäsi vastausprosenttia. Toisin kuin Hirsjärvi ja muut (2009, 203) suosittavat, tämän tutkimuksen kyselylomake lähetettiin kuntiin joulukuussa 2012. Näin sen vuoksi, että ensisijaisena tarkoituksena oli kysyä kuntien tilanteesta vuotta 2012 koskien ja tiedossa oli vuodenvaihteessa muuttavia kunta- ja yhteistoimintarakenteita. Selvityksen vastausaikaa jatkettiin alkuperäisestä ja tutkimusajankohdasta johtuen noin kuukaudella. Vastausaika oli kokonaisuudessaan reilut kaksi kuukautta. Selvitykseen jätti vastaamatta viisi kuntaa vuoden 2012 kuntajaon mukaan ja neljä kuntaa vuoden 2013 kuntajaon mukaan. Kaikki vastaamattomat kunnat kuului johonkin maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueista.

Tässä tutkimuksessa käytettiin kiintiöpoimintaa, mitä kuvataan myös harkinnanvaraisena otantana. Kiintiöpoiminta ei kuitenkaan täytä satunnaisotannan kriteerejä. Menetelmä tuottaa kuitenkin näennäisesti edustavia tutkimustuloksia, koska otos vastaa perusjoukkoa. (Kananen 2010, 99.) Lomake lähetettiin valittujen henkilöiden sähköpostiosoitteisiin, mutta yksittäistä henkilövästaaajaa ei tunnistettu, koska vastauslinkki oli siirrettävissä myös toiselle vastaajalle ja yksi yhteinen vastaus kustakin kunnasta tallentui tietokantaan. Yksittäisen kunnan vastauksia olisi ollut mahdollista tarkastella tietokannasta kuntakohtaisesti, mutta tässä tutkimuksessa tulokset esitettiin alueellisena kuvauksena.

Tulosten esittämistavassa pyrittiin huomioimaan vastaajien anonymiteetti ja se, että kenellekään vastaajalle tai yksittäiselle kunnalle ei aiheudu tutkimuksesta haittaa. Tällaiset kunnille kohdennetut selvitykset toimivat usein tiedon-

keruun ohella interventiona, jolloin kunnissa pohditaan nykytilaa ja hyvin toimivia asioita, mutta myös niitä asioita, mitä voitaisiin tehdä vielä paremmin.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään luotettavuuden kuvaamiseen reliabiliteettia ja validiteettia. Reliabiliteetti kuvaa tutkimustulosten pysyvyyttä tai toistettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Kananen 2010, 128.) Validiteetti vastaa siihen, onko tutkittu oikeita asioita ja mittaako mittari sitä, mitä on tarkoitus mitata (mts. 2009, 231; mts. 2010, 128).

Tiedonkeruumenetelmänä päädyttiin sähköiseen lomakkeeseen niin kohde-ryhmän tavoitettavuuden ja ajankäytön kuin aineiston keruun ja analysoinnin näkökulmista. Tätä puolsivat myös Hirsjärven ja muiden (2009, 195) ajatukset. Haasteena oli pitää lomake vastaamisen kannalta sopivan mittaisena ja toisaalta esittää kysymykset siten, että saadut vastaukset kuvaisivat terveydenhuoltolain pykälien toteutumista. Muutamissa kysymyksissä kysyttiin useampaa kuin yhtä asiaa samassa kysymyksessä – tämä on voinut vaikuttaa tutkimuksen reliabiliteettiin. Myös Hirsjärvi ja muut (2009) kannustavat käyttämään ymmärrettäviä ja tarkennettuja kysymyksiä mieluummin kuin yleisiä kysymyksiä. Lyhyitä kysymyksiä pidetään pitkiä parempina ja mieluummin yhden kuin usean asian kysymistä samassa kysymyksessä. (Mts. 202 – 203.)

Reliabiliteetissa voidaan erottaa stabiliteetti, eli mittarin pysyvyys ajassa, ja konsistenssi, mikä kuvaa mittarin yhtenäisyyttä eli mittarin eri osien kykyä mitata samaa asiaa (Kananen 2010, 129). Tämän tutkimukseen reliabiliteettia voidaan useimpien kysymysten osalta pitää hyvänä, kun verrataan tuloksia TEA-kuntajohdon 2013 koko maan tai Pohjois-Savon tuloksiin (TEAvisari vertailutietojärjestelmä 2014) tai vuonna 2009 Kanerva-Kaste-hankkeessa Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella tehtyihin selvityksiin (Kyllä terveyteen tartuttiin! 2012, 26 – 31) ja huomioiden terveydenhuoltolain velvoitteet ja kunnissa tehty työ vuoden 2009 jälkeen.

Validiteettia voidaan tarkastella ulkoisena validiteettina ja sisäisenä validiteettina (Kananen 2010). Määrällisessä tutkimuksessa pyritään yleistämään ja

ulkoinen validiteetti mittaa tutkimustulosten yleistettävyyttä (mts.129). Lomakkeen kaikki kysymykset liittyivät kunnan toimintoihin tai terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen alueelliseen yhteistyöhön. Tässä tutkimuksessa kysymyksiin vastattiin kuntanäkökulmasta – miten yksittäisen vastaajan näkemys on yleistettävissä kuntajohdon näkemykseksi, riippuu siitä, osallistuiko kuntajohto vastaamiseen. Kyselylomake osoitettiin kuntajohdolle, mutta lomakkeen vastaamiseen saattoi osallistua useita tahoja kunnanjohtajan valtuutuksen mukaisesti. Keskimäärin 2,4 vastaajatahoa (henkilöt tai ryhmä), kustakin kunnasta osallistui kunnan vastauksen laatimiseen. Tämän tutkimuksen tulokset ovat yleistettävissä Pohjois-Savoon, kun maakunnan kuntia tarkastellaan yhtenäisenä joukkona. Yleistämistä ei voida tehdä koko Suomeen, koska tutkimuksen kohderyhmänä ja vastaajatahoina olivat ainoastaan Pohjois-Savon kuntien edustajat.

Sisältövaliditeetti kuvaa oikeiden mittareiden käyttöä, eli mittaako mittari tutkittavaa asiaa (Kananen 2010, 130). Aikaisemmista tutkimuksista esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemissä kansallisissa Terveydenedistämisasiivisuus (TEA) -kuntajohdon ja perusterveydenhuollon selvityksissä (Terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmä TedBM 2014) kysyttiin useita samoja asioita kuin tässä selvityksessä, mutta yksityiskohtaisemmin. Monien selvitettyjen asioiden osalta tulokset olivat samansuuntaisia. Kuntajohdon 2013 TEA-kyselyn vastausprosentti Pohjois-Savon kuntien osalta oli 50 ja vastausten pisteytyksen väestöpohjapainotusten vuoksi isompien kuntien vastaukset vaikuttavat TEA-viisarissa pieniä kuntia enemmän alueellisissa pisteissä ja prosenteissa. Eroavaisuudet tämän tutkimuksen vastauksiin näkyivät hyvinvointiryhmän ja terveyden edistämisen vastuutahon yleisyydessä, joista TEA-viisari antoi erittäin hyvät arvot. Hyvinvointikertomuksen eteneminen arvioitiin näissä kahdessa tutkimuksessa eri tavoin. Useissa Pohjois-Savon kunnissa hyvinvointikertomustyö on uusi asia ja alueen kuntien osaamista on tuettu myös alueellisista hankkeista (Kyllä terveyteen tartuttiin! 2012).

Rakennevaliditeetti tarkoittaa käsitevaliditeettia, mikä mittaa, kuinka hyvin tutkimuksen käsitteet on johdettu teorioista. Rakennevaliditeetin toteennäyttämi-



nen on hankalaa, koska se liittyy yksittäisen käsitteen toimivuuteen. (Kananen 2010, 131.) Terveyden edistäminen on käsitteenä laaja, terveyden edistämisen johtaminen tai hyvinvointijohtaminen kunnassa kuvaavat terveyden edistämistä strategisella tasolla. Tässä tutkimuksessa mitattiin kuntajohdon tai sen valtuuttamien edustajien näkemystä kunnan terveyden edistämisen johtamisesta ja käytäntöön viedyistä toimenpiteistä terveydenhuoltolain terveyden edistämisen pykäliin peilaten. Tutkimuksen ja kyselylomakkeen taustateoria pohjautui terveydenhuoltolain terveyden edistämisen teoriaan ja sisältöihin.

Sisäinen validiteetti tarkoittaa tutkimusprosessin kokonaisvaltaista luotettavuutta erotuksena reliabiliteetista ja ulkoinen validiteetti tutkimustulosten yleistettävyyttä (Kananen 2010, 131). Sisäisen validiteetin toteutumisen arviointi on lähes mahdotonta, mutta sitä pienentäviä tekijöitä voidaan vähentää dokumentoimalla tutkimusprosessi tarkasti ja määrittelemällä ja johtamalla käsitteet mielellään teoriaan pohjautuen (mts. 131). Tässä tutkimuksessa tutkija dokumentoi päiväkirjatyypisestään tutkimuksen vaiheita, painottaen kuitenkin sitä jaksoa, jolloin kyselylomake oli kunnissa vastattavana.

Tutkimusaineisto (alueellinen selvitys) kerättiin osana tutkijan työtä vuodenvaihteessa 2012 – 2013. Selvityksellä saatujen tietojen käyttötarkoituksena kerrottiin saatteessa alueellisen tilannekuvauksen luominen terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa varten. Tutkimuksesta sovittiin ja yhteistyösopimus opinnäytetyöstä allekirjoitettiin Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikössä. Tutkimussuunnitelmaa ei käytetty eettisessä toimikunnassa, koska tutkimus ei ollut lääketieteellinen eikä liittynyt potilastietoihin tai oman organisaation potilaisiin tai henkilökuntaan. Tutkimus oli alueellinen sidosryhmiin liittyvä nykytilaselvitys ja tarpeiden kartoitus osana perusterveydenhuollon yksikön alueen toimintoja koordinoivaa ja yhteen sovittavaa roolia.

## 7.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys

Tutkimuksen tuloksia on esitelty Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen ja kansansairauksien ehkäisyn työryhmässä sekä Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin järjestämissuunnitelmaa valmistelevalle ohjausryhmälle keväällä 2013. Tehdyn selvityksen ja perusterveydenhuollon yksikön ylilääkärin kanssa käydyn keskustelun pohjalta tutkija kirjoitti terveyden edistämisen näkökulmien tekstiosuudet ja niitä tarkentavan liitteen alueelliseen terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan syyskuussa 2013 (Lehmusaho 2013). Järjestämissuunnitelma oli alueen kunnissa kuultavana ja hyväksyttävänä alkuvuoden 2014 ja se oli menossa loppukeväästä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valtuustoon hyväksyttäväksi.

Tutkimuksen tuloksia on tehdyn selvityksen pohjalta esitelty myös Itä- ja Keski-Suomen maakuntaliittojen yhteistyöfoorumissa keväällä 2014. Kyseinen yhteistyöfoorumi pohtii alueellisen hyvinvointitiedon hyödyntämistä maakunnissa ja eri organisaatioiden rooleja alueellisessa yhteistyössä.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös määriteltäessä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alueellisia tai kuntakohtaisia kehittämistyön painoalueita sekä käytännön toimia, kun linjataan kehittämistyötä. Tuloksia voidaan hyödyntää alueellisen terveyden edistämisen tai sitä tukevan työn arviointitietona, esimerkiksi perusterveydenhuollon yksikön tai tietyn hankkeen näinä vuosina tekemän alueellisen työn vaikutuksista alueen kunnissa. Tutkimuksen tulokset kuvaavat vuoden 2013 tilannetta, jos vastaavia asioita selvitetään seurantatutkimuksena muutaman vuoden kuluessa. Oletuksena on, että myös aluehallintovirasto selvittää kuntien vastaamista terveydenhuoltolain velvoitteisiin lähivuosina. On mahdollista, että tutkimus on toiminut THL:n kuntajohdon 2013 kyselyn kanssa interventiona kuntajohdolle, jolloin voidaan odottaa, että Pohjois-Savon alueen kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen ja toimenpiteet näyttävät seuraavissa Terveyden edistämisen aktiivisuus (THL:n TEA-viisari) -mittauksissa edellistä tutkimusajankohtaa paremmilta tai ainakin vastausprosentit nousevat.

## 7.5 Jatkotutkimuksen aiheita

Tutkimuksessa käytetyllä lomakkeella kysyttiin paljon erilaisia asioita. Joitakin pääteemoista olisi mielenkiintoista tutkia syvemmin laadullisin menetelmin.

Mahdollisia jatkotutkimusaiheita ovat:

1. *Miten hyvinvointiryhmä (tai ryhmät) ja hyvinvointikertomustyö palvelevat yhteistoiminta-alueen kuntia?*
2. *Miten hyvinvointikertomustyö näkyy kunnan toiminnan ja talouden suunnittelussa? – Onko ison kunnan ja yhteistoiminta-alueen kuntien toimintakäytännöissä eroja?*
3. *Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen alueelliset painoalueet ja niiden toteutumisen seuranta.*

Lisäksi, kun sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään tulevaisuudessa laajoilla maantieteellisillä alueilla, olisi kiinnostavaa nähdä, miten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen linjataan erityisvastuualueiden yli 50 kunnan ja sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation yhteistyössä. Säädetäänkö siitä laissa tai syntyvätkö hyviin toimintatapoihin perustuvat rakenteet ja käytännöt luontaisesti? Kannustavatko uudistuva valtionosuusjärjestelmä ja aikanaan uudistuva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rahoitusmalli kuntia jatkamaan hallintokuntarajat ylittävää yhteistyötä asukkaiden hyvinvoinnin edistämiseksi?

## Lähteet

Alkoholiohjelma 2004 – 2007. 2005. Työväline alkoholihaittojen ehkäisyyn. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2005:2. Viitattu 19.4.2014.

[Http://urn.fi/URN:ISBN:952-00-1661-9](http://urn.fi/URN:ISBN:952-00-1661-9).

Alkoholiohjelma. 2008. THL:n verkkosivuilla. Viitattu: 23.4.2014.

[Http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma).

Alkoholiohjelma. 2014. THL:n verkkosivuilla. Viitattu 19.4.2014.

[Http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma).

A 338/2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelu-terveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Julkaisu oikeusministeriön Finlex-palvelussa, osiossa Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 1.5.2014. [Http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338).

A 339/2011. Valtioneuvoston asetus seulonnoista. Julkaisu oikeusministeriön Finlex-palvelussa, osiossa Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 1.5.2014.

[Http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110339](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110339).

Global Conferences on Health Promotion. 2014. Osio Maailman terveysjärjestön WHO:n sivustolla. Viitattu 23.4.2014.

[Http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/).

Hallitusohjelman seuranta. 2014. Valtioneuvosto 2014. Viitattu 21.1.2014

[Http://valtioneuvosto.fi/toiminta/hallitusohjelman-seuranta/fi.jsp](http://valtioneuvosto.fi/toiminta/hallitusohjelman-seuranta/fi.jsp) .

Hallitusohjelman strateginen toimeenpanosuunnitelma – kärkihankkeet ja vastuut. 2011. Valtioneuvoston periaatepäätös 5.10.2011. Viitattu 2.6.2013.

[Http://valtioneuvosto.fi/tiedostot/julkinen/vn/hse-2011/fi.pdf](http://valtioneuvosto.fi/tiedostot/julkinen/vn/hse-2011/fi.pdf) .

Health in All Policies. 2013. Viitattu 21.1.2014.

[Http://www.healthpromotion2013.org/health-promotion/health-in-all-policies](http://www.healthpromotion2013.org/health-promotion/health-in-all-policies).

Health 2020: The European policy for health and well-being. 2014. Viitattu 6.1.2014. [Http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being](http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being).

Heiliö, T., Saaristo, V., Ståhl, T. 2013. Sosiaali- ja terveyspalvelut alueilla – Mikä on terveyden edistämisen asema kunnissa? Tutkimuksesta tiiviisti 008, lokakuu 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.4.2014.

[Http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-032-0](http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-032-0).

Heinämäki, L. 2011. Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2010. Järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon kysymyksiä uusissa palvelurakenteissa. Raportti 41/2011. Tampere: THL. Tampereen yliopistopaino Oy.

Heinämäki, L. 2012. Valtionhallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus 75/2012. Viitattu 21.5.2014. ISBN 978-952-245-606-9 (pdf).

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hyte-oppimisverkosto. 2014. Viitattu 13.5.2014.

<https://www.innokyla.fi/web/verkosto467770>.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. 2014. Kuntaliitto. Viitattu 19.1.2014.

<http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/hyvinvointikunta/edistaminen/Sivut/default.aspx>.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen – vahvuus uusiin palvelurakenteisiin. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön muistio 11.5.2007. Viitattu 31.3.2014  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=41254&name=DLFE-4608.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-4608.pdf).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintasuunnitelma 2012–2015. 2012. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Eksote). Viitattu 27.4.2014.

[http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/Hallinto/Strategia/Documents/Hyvinvoinnin\\_terveyden\\_edistamisen\\_toimintasuunnitelma\\_2012\\_2015.pdf](http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/Hallinto/Strategia/Documents/Hyvinvoinnin_terveyden_edistamisen_toimintasuunnitelma_2012_2015.pdf).

Hyvinvointia useammille - lasten ja nuorten palvelut uudistuvat. 2013. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan loppuraportti. Toim. Pelkonen, M., Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M. & Puumalainen, T. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:65. Viitattu 20.2.2014. <http://www.julkari.fi/handle/10024/110796>.

Häkkilä, K. 2013. Järjestökuntayhteistyön rakenteet muuttuvassa toimintaympäristössä. Julkaisussa: Järjestöt ja kunta hyvinvointia edistämässä. Näkökulmia järjestö- ja kuntayhteistyöhön. Toim. Häkkilä, K. & Tourula, M. Helsinki 2013: SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry.

<http://www.soste.fi/kehitamme/esko-hanke.html>.

Hätönen, H., Helakorpi, S., Ståhl, T. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toteutuminen kunnassa. Tutkimuksesta tiiviisti 007, lokakuu 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 5.4.2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-030-6>.

Informaatio-ohjaus kuntien tukena hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. 2011. Toim. Tukia, H. & Wilskman K. Tampere: THL. Viitattu 19.1.2014.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b4c22684-b85f-4be0-bc6c-991ca4ed337f>.

Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa. 2010. Tukiaineistoa kunta-johdolle. (Pdf, Kide 13). Helsinki 2010: THL. Yliopistopaino. Viitattu 16.1.2014.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b719dda6-d5dc-4133-86ef-ebfbd4d1ae05>.

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009 – 2011. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Viitattu: 20.4.2013.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf).

Kaikkonen, R., Murto, J., Pentala, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskeniemi, T., Ahonen, J., Vartiainen, E. & Koskinen, S. 2014. Hyvinvoinnin maakunnalliset ja väestöryhmien väliset erot Suomessa 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia. THL - Tutkimuksesta tiiviisti 2/2014.

Kananen, J. 2010. Kvantitatiivinen tutkimus. Julkaisussa: Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 111.

Kanerva-Kaste-hanke. N.d. Viitattu 16.4.2014. <http://www.kanervakaste.fi/>.

Kansallinen muistiohjelma 2012 – 2020. 2012. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Viitattu: 20.4.2014.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf).

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008 – 2011. 2008. Helsinki: STM:n julkaisuja 2008:16.

Kauppinen, T. & Nelimarkka, K. 2004. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi Terve Kunta –verkoston kunnissa. Aiheita 18/2004. Helsinki: Stakes.

Kauppinen, T., Nelimarkka, K. & Ståhl, T. 2009. Sosiaalisten ja terveysvaikutusten ennakoarvioinnin kehittäminen Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 74,2, 158 – 166.

Kauppinen, T. 2011. Kuntien tulevaisuus haltuun. Ennakoarvioinnin soveltamiseen vaikuttavat tekijät lautakuntapäätöksissä. Akateeminen väitöskirja 67/2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tampereen yliopisto. Viitattu 30.6.2013.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/2eae7168-9953-4e68-96d6-43354e104c3c>.

Kaste-ohjelma. 2013. THL. Viitattu 1.7.2013.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kaste](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kaste).

Kaste II –ohjelma 2012 – 2015. 2012. STM. Viitattu 18.9.2013.  
<http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1578410>.

Kaventaja – Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen. 2014. Viitattu 25.4.2014. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/kaventaja-fi/etusivu](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/etusivu).

Kejonen, A. 2013. Ylitarkastaja Itä-Suomen aluehallintovirasto. Henkilökohtainen tiedonanto yhteispalaverissa 14.8.2013 M. Lehmusahon kanssa.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveysten edistämisen mahdollisuudet - vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Viitattu 17.1.2014. <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1064075>.

Kokko, S., Heinämäki, L., Tynkkynen, L-K., Haverinen, R., Kaskisaari, M., Pekurinen, M. & Tammelin, M. 2009. Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Raportti 36/2009. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Koshar, J. N.d. What is a Picot Question? Nurs310, Nursing Research & Evidence-Based Practice – verkkosivuilla. Viitattu 1.5.2014. <http://www.sonoma.edu/users/k/koshar/n300/PICOs.html>.

Kunnan vuosikellot. N.d. Sähköinen hyvinvointikertomus. Viitattu 27.4.2014. <http://www.hyvinvointikertomus.fi/clock>.

Kyllä terveyteen tartuttiin! 2012. Kansansairauksien ehkäisyn ja hoidon yhteistyön KYS-erityisvastuualueella. Kanerva2-KASTE hankkeen loppuraportti 2010 – 2012. Toimittaneet Renfors, T., Lajunen, H., Hillukkala, E., Häkkinen, E., Lehmusaho, M., Mutanen, S., Ojuva, U., Renfors, A., Sundgren, S., Väänänen, A., Atvio, A-I., Mäntyselkä P. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja 79/2012. Viitattu 16.4.2014. <http://www.kanervakaste.fi/materiaali.html#1>.

Kysteri-liikelaitos 2013. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. Viitattu 4.4.2014. <https://www.pssh.fi/sairaanhoitopiiri/kysteri-liikelaitos>.

L 66/1972. 1972. Kansanterveyslaki. Annettu 28.1.1972. Viitattu 16.2.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>.

L 693/1976. 1976. Tupakkalaki. Annettu 13.8.1976. Viitattu 24.3.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1976/19760693>.

L 710/1982. 1982. Sosiaalihuoltolaki. Annettu 17.9.1982. Viitattu 19.9.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>.

L 828/1982. 1982. Raittiustyölaki. Annettu 19.11.1982. Viitattu 24.3.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820828>.

L 1062/1989. 1989. Erikoissairaanhoitolaki. Annettu 1.12.1989. Viitattu 19.11.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>.

L 1143/1994. 1994. Alkoholilaki. Annettu 8.12.1994. Viitattu 28.9.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19941143>.

L 365/1995. 1995. Kuntalaki. Annettu 17.3.1995. Viitattu 15.4.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365>.

L 731/1999. 1999. Suomen Perustuslaki. Annettu 11.6.1999. Viitattu 5.3.2014.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>.

L 169/2007. 2007. Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. Annettu 9.2.2007. Viitattu 15.3.2014.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070169>.

L 417/2007. 2007. Lastensuojelulaki. Annettu 13.4.2007. Viitattu 23.3.2014.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>.

L 1326/2010. 2010. Terveystieteidenlaki. Annettu 30.12.2010. Viitattu 30.9.2013  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

L 980/2012. 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystieteiden palveluista. Annettu 28.12.2012. Viitattu 19.4.2014.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.

Lehmusaho, M. 2013. Liite 4. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin edistäminen Pohjois-Savon kunnissa v. 2012. Pdf-julkaisussa: Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueen kuntien terveystieteiden järjestämissuunnitelma. Kuntien hyväksymiskäsittelyyn lähetetty versio. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. Perusterveystieteidenhuollon yksikkö. Marraskuu 2013.  
<http://publish.istekkipalvelut.fi/kokous/2014253192-3-5.PDF>.

Lehtonen, T. 2013. Hyvinvointiyhteiskunnan tulevaisuus. Aikalaianalyysi ja pamfletti pienyhteisöihin paluun puolesta. Yhteiskuntapolitiikka 2013; 78, 5, 582 – 586. Viitattu 19.4.2014.  
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201402101422>.

Lihavuus Laskuun – hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. 2012. Kansallinen lihavuusohjelma 2012 – 2015. Viitattu 23.4.2014.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kansallinen\\_lihavuusohjelma\\_2012\\_2015](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kansallinen_lihavuusohjelma_2012_2015).

Liimatainen, L. & Ryttyläinen, K. 2006. Julkaisussa: Innovoi, Vaikuta, Arvioi – Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi. Toim. Liimatainen, L. & Ryttyläinen, K. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 62.

Melkas, T. 2013. Health in all policies as a priority in Finnish health policy: A case study on national health policy development. Scand J Public Health 2013,41,11 suppl 3 - 28.  
[http://sjp.sagepub.com/content/41/11\\_suppl/3.full](http://sjp.sagepub.com/content/41/11_suppl/3.full).

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2012. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta



erityisesti tehostettavat toimet. Helsinki: STM. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012: 24. Viitattu 14.2.2014.

<http://www.julkari.fi/handle/10024/103109>.

Miten kunnassa toimivat tahot voivat tukea kunnassa hyvinvointijohtamista ja kuntalaisten hyvinvoinnin edistymistä. 2014. Esimerkkejä keskeisten toimijoiden vastuista ja rooleista. Terveempi Pohjois-Suomi 2 (TerPS2) –hanke 31.3.2014. Viitattu 25.4.2014.

<https://www.innokyla.fi/documents/784776/6a882d82-5c3b-4e9e-966e-17b403ad39e9>.

Muutosta liikkeellä. 2013. Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:10. Viitattu 22.4.2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3412-2>.

Nelimarkka, K. & Kauppinen, T. 2007. Julkaisussa: Terveiden ja hyvinvoinnin edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen 2007. TEJO-hankkeen väliraportti 2003 – 2005. Toim. Perttilä, K. & Uusitalo, M. Stakes, Raportteja 4/2007. Viitattu 19.4.2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194161>.

Perttilä, K. 2010. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet ja toimeenpano kunnissa. Rakenteet tukevat terveyserojen kaventamista. Kaventaja-verkkosivut. Viitattu 17.4.2014.

[http://www.thl.fi/attachments/kaventaja/Rakenteet\\_x800.jpg](http://www.thl.fi/attachments/kaventaja/Rakenteet_x800.jpg).

Perttilä, K. 2012. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen kunnan johtamisjärjestelmässä. (Pdf-luentomateriaali) Perusterveydenhuollon hoitotyön johtajien työneuvottelu 25.4.2012.

Perttilä, K. 2013. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntatyössä - kehittämistyöstä toimiviin käytäntöihin. Seminaariesitys/ luentomateriaali 25.3.2013 Kasvaako eriarvoisuus? Tulevaisuuden hyvinvointia tekemässä. Helsinki: STM.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=7109686&name=DLFE-26147.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=7109686&name=DLFE-26147.pdf).

Pietilä, A-M., Halkoaho, A & Matveinen, M. 2010. Terveyttä edistävää toimintaa mahdollistavat tekijät ja työn kehittäminen. 259 – 272. Teoksessa: Terveiden edistäminen. Teorioista toimintaan. Toim. Pietilä, A-M. WSOYpro 2010.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueen kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. 2013. Kuntien hyväksymiskäsittelyyn lähetetty versio (pdf). Marraskuu 2013. Viitattu 25.4.2014.

<http://publish.istekkipalvelut.fi/kokous/2014253192-3-2.PDF>.

Pohjois-Savon maakuntaohjelma 2011 – 2014. 2012. Liite 2. Julkaisussa Pohjois-Savon hyvinvointiraportti. Pohjois-Savon liitto. Kuopio 2012. ISBN 978-952-5759-61-7pdf.

Renfors, T. & Ojuva, U. 2011. Liite 11. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden kehittäminen. Julkaisussa: Tartuttiinko terveyteen? 2011. Kanerva-Kaste –hankkeen loppuraportti 2008 – 2010. Kuopio: Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja 74/2011. Viitattu 2.5.2014.

<http://www.kanervakaste.fi/files/Kanerva-KASTE%20-hankkeen%20loppuraportti.pdf>.

Rotko, T., Aho, T., Mustonen, N. Linnanmäki, E. 2011. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007 – 2010. Raportti 8/2011. Helsinki: THL.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9073dc45-9012-4b48-8110-d0f5160a23ef>.

Simonsen, N. 2013. Health promotion in local contexts and enabling factors. A study of primary healthcare personnel, local voluntary organizations and political decision makers. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki 2013. Viitattu 24.4.2014. <http://ethesis.helsinki.fi>.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2008 – 2011. 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Viitattu 17.9.2013. ISBN 978-952-00-2534-2 (PDF).

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. 2010. Sosiaali- ja terveystalouden strategia. Kevennetty versio. Helsinki: STM. Viitattu 15.3.2014.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3106-0>.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:21. Viitattu 19.4.2014.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3249-4>.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän loppuraportti. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:45. Viitattu 15.2.2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3461-0>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Valtioneuvosto 2014. Viitattu 1.2.2014.

<http://valtioneuvosto.fi/ministeriot/stm/fi.jsp>.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen kattavasti viidelle alueelle. 2014. Valtioneuvoston tiedote 114/2014. Julk. 23.3.2014. Viitattu 19.4.2014.

<http://valtioneuvosto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/fi.jsp?oid=411768>.

Ståhl, T. 2014. Osastojohtaja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kuntajohdon 2013 TEA-vastausprosentti Pohjois-Savossa. Sähköpostiviesti 17.4.2014. Vastaanottaja: M. Lehmusaho. Tarkennus Pohjois-Savon vastausprosentista ja pisteiden määräytymisperusteista.

Terve Kunta –verkosto. 2014. THL. Viitattu 22.4.2014.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/terve\\_kunta\\_verkosto](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/terve_kunta_verkosto).

Terveempi Pohjois-Suomi. 2014. Viitattu 22.4.2014.

[Http://sp.terps.foral.fi/default.aspx](http://sp.terps.foral.fi/default.aspx).

Terveyden edistämisen kuntatuki. 2014. THL. Viitattu 23.4.2014.

[Http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/hanke?id=32689](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hanke?id=32689).

Terveyden edistämisen laatusuositus 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Viitattu 14.3.2013.

[Http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf).

Terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelma vuodelle 2014. 2014. Viitattu 1.2.2014.

[Http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6539603&name=DLFE-28524.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6539603&name=DLFE-28524.pdf).

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. 2007. TEJO-hankkeen väliraportti 2003 – 2005. Toim. Perttilä, K. & Uusitalo, M. Stakes, Raportteja 4/2007. Viitattu 19.4.2014. [Http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194161](http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194161).

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007 – 2011. 2011. Julkaisussa: Vaalikauden 2007 – 2011 hallituspolitiikan toteutuminen. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2011. Viitattu 25.4.2014.

[Http://vnk.fi/julkaisukansio/2011/j05-vaalikauden-2007-2011-hallituspolitiikan-toteutuminen /PDF/fi.pdf](http://vnk.fi/julkaisukansio/2011/j05-vaalikauden-2007-2011-hallituspolitiikan-toteutuminen/PDF/fi.pdf).

Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa 2009. TEVA-hankkeen väliraportti terveyden edistämisen taloudellisesta arvioinnista. Toim. Perttilä, K., Hakamäki, P., Hujanen, T. & Ståhl, T. THL. Avauksia 8/2009. Viitattu 23.4.2014. [Http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085431](http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085431).

Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa. 2011. TEVA-hanke. Kehittämisprosessin kuvaus. Perusterveydenhuolto. Toim. Hakamäki, P., Perttilä, K., Hujanen, T. & Ståhl, T. Raportti 11/2011. THL. Viitattu 23.4.2014. [Http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085432](http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085432).

Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa (TEVA-II). 2014. THL. Viitattu 23.4.2014. [Http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/hanke?id=34202](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hanke?id=34202).

Terveyden ja hyvinvoinnin tulevaisuuksia 2012. THL 2012. (pdf-verkkojulkaisu). Viitattu 21.4.2014.

[Http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/organisaatio/strategia/ennakointityo](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/strategia/ennakointityo).

Terveydenhuoltolaki – pykälistä toiminnaksi. 2011. Tampere 2011: THL ja STM. Viitattu: 15.9.2013.

[Http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/terveydenhuoltolaki](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/terveydenhuoltolaki).

Terveiden edistämisen vertailutietojärjestelmä TedBM. 2014. THL. Viitattu 12.4.2014. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/tedbm](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/tedbm).

Terveystä hyvinvointia – 2020 – hyvinvoinnista terveyttä. 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen strategia 2011 – 2020. THL 2014. Viitattu 30.3.2014. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/organisaatio/strategia](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/strategia).

TEAvisari näyttää kunnan terveydenedistämisenaktiivisuuden (TEA) suunnan. 2014. THL. Viitattu 12.4.2014. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/teavisari](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/teavisari).

TEAvisari vertailutietojärjestelmä. 2014. THL, avoin verkkopalvelu. Viitattu 12.4.2014. <http://www.thl.fi/TEAvisari>.

Tietoa sähköisestä hyvinvointikertomuksesta. 2014. Tietoja ja ohjeita osiossa Sähköinen hyvinvointikertomus verkkosivuilla. Viitattu 20.2.2014. <http://hyvinvointikertomus.fi/>.

The Ottawa Charter for Health Promotion. 2014. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Osio Maailman terveysjärjestön WHO:n sivustolla. Viitattu 19.4.2014. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

Tukia, H., Lehtinen, N., Saaristo, V. & Vuori, M. 2011. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa – peruseraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011. Raportti 55/2011. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 19.11.2012. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085509>.

Työryhmä: Uusi sosiaalihuoltolaki vahvistaa asiakkaan oikeutta saada palveluja. 2012. STM:n tiedote 141/2012. Viitattu 20.2.2014. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1823427>.

Tähkäaho, N. 2012. ”Että sitä vaan tehdä, että hauki on kala, hauki on kala” – ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi menetelmänä kunnallisen päätöksenteon tukemisessa. Tampereen yliopisto. Johtamiskorkeakoulu 2012. Viitattu 30.6.2013. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-22763>.

Uusitalo, M., Perttilä, K., Poikajärvi, K., Rimpelä, M. 2003. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO) : Esitutkimusraportti. Aiheita 21/2003. Helsinki: Stakes. Viitattu 19.4.2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193734>.

Vaikutusten ennakkoarviointi kunnallisessa päätöksenteossa. 2011. Toim. Sundquist, S. & Oulasvirta, L. Suomen Kuntaliitto. Viitattu 28.6.2013. [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=2572](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2572).

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Viitattu 14.4.2013. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf).

Valkoinen kirja 2007. 2014. Yhdessä terveyden hyväksi – EU:n strateginen toimintamalli vuosiksi 2008 – 2013. Euroopan komissio. Viitattu 26.4.2014. [http://ec.europa.eu/health/strategy/white\\_paper/index\\_fi.htm](http://ec.europa.eu/health/strategy/white_paper/index_fi.htm).

Varhila, K. 2013. Sote-uudistus. Valmisteluryhmän hallituksen esityksen -muotoon kirjoitettu loppuraportti. (Esitysmateriaali) 19.12.2013. Viitattu 5.1.2013: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=9642429&name=DLFE-28189.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9642429&name=DLFE-28189.pdf).

Vartiainen, E. 2013. Miten THL voi tukea kuntia ja alueita terveydenedistämistyössä? (Esitysmateriaali). THL:n Terveiden ja hyvinvoinnin edistämisen päivä 29.10.2013, HKI: Yhdessä tehden – terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen mahdollisuudet. Viitattu 12.4.2014. <http://videonet.fi/thl/20131029/>.

Vuorinen, S. & Torppala J. 2011. Mikä muuttui Muuramessa?: Tejo-hanke terveyden edistämisen johtamisen kehittäjänä. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2011. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201103143096>.

Väestörakenne 2012. 2013. Tietokantataulukossa: Väestö iän (1 v.-) ja sukupuolen mukaan väestöryhmittäin 1980 – 2013. ISSN=1797-5379. 2012. Helsinki: Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto (SVT). Viitattu: 1.5.2014. [http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2012/vaerak\\_2012\\_2013-03-22\\_tie\\_001\\_fi.html?ad=notify](http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2012/vaerak_2012_2013-03-22_tie_001_fi.html?ad=notify).

Väestörakenne. 2014. Vuosikatsaus 2012, Liitetaulukko 1. Kunnat asukasmääräryhmittäin maakunnittain 31.12.2012. ISSN=1797-5379. Helsinki: Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto (SVT). Viitattu: 5.4.2014. [http://www.stat.fi/til/vaerak/2012/01/vaerak\\_2012\\_01\\_2013-09-27\\_tau\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2012/01/vaerak_2012_01_2013-09-27_tau_001_fi.html).

Wilskman, K., Ståhl, T., Muurinen, S. & Perttilä, K. 2008. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007.. Työpapereita 16/2008. Helsinki: Stakes. Viitattu 24.10.2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194298>.

## Liitteet

### Liite 1. Saatekirje

Saate 10.12.2012

Hyvä kunnanjohtaja

Uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) vahvisti kuntien asemaa ja roolia terveyden edistämisessä. Laissa on kuvattu myös sairaanhoitopiirin ja alueen kuntien välisen yhteistyön velvoitteita. Selvitämme nyt Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksiköstä alueen kuntien terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilaa, peilaten asioita terveydenhuoltolain 2. ja 4. luvun pykäliin ja niiden taustalla oleviin uusimpiin asetuksiin. Hyödynnämme tietoja Pohjois-Savon alueen kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laadinnassa vuosille 2013 – 2016.

Suosittelimme vastausten suunnittelua ensin tulostetulle lomakkeelle (liite), jolloin vastausten käsittely on mahdollista esim. kunnan johtoryhmässä tai hyvinvointiryhmässä. Voitte myös vastata ensin itse osaan kysymyksistä ja painaa ”tallenna ja keskeytä” ja välittää sitten linkin vastattavaksi puuttuvien vastausten osalta sopivaksi katsomallenne taholle. Tietokantaamme tallentuu vain yksi/viimeisin vastaus/kunta. Tarvitessanne lisätietoja, ottakaa yhteys sähköpostitse tai puhelimitse Mervi Lehmusahoon.

Toivomme, että suhtaudutte myönteisesti selvitykseemme ja vastaisitte siihen 11.1.2013 mennessä.

Ohessa linkki kyselyyn: [# codelink]

Yhteistyöterveisin

Simo Kokko  
Ylilääkäri  
Perusterveydenhuollon yksikkö  
Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin ky  
Gsm: 044 - 717 9325  
[simo.kokko@kuh.fi](mailto:simo.kokko@kuh.fi)

Mervi Lehmusaho  
Hankekoordinaattori, THM  
Perusterveydenhuollon yksikkö  
Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin ky  
Gsm: 044 - 711 3913  
[mervi.lehmusaho@kuh.fi](mailto:mervi.lehmusaho@kuh.fi)

## Liite 2. Kyselylomake

PSSHP, Perusterveydenhuollon yksikkö

### TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN POHJOIS-SAVON KUNNISSA -SELVITYS SYKSY 2012

Selvitämme Pohjois-Savon kuntien terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen nykytilaa. Kysymme asioita terveydenhuoltolain 2. ja 4. luvun pykälien ja niiden taustalla olevien uusimpien asetusten mukaisesti. Tietoja hyödynnetään Pohjois-Savon alueen kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laadinnassa vuosille 2013–2016. Lisätietoja terveydenhuoltolaista:

[Terveydenhuoltolaki - pykälistä toiminnaksi-julkaisu \(pdf\)](#)

[Terveydenhuoltolaki Finlex -valtion säädöstietopankissa](#)

Suosittellemme vastausten suunnittelua ensin tulostetulle lomakkeelle, jolloin vastausten käsittely on mahdollista esim. kunnan johtoryhmässä tai hyvinvointiryhmässä. Halutessanne voitte välittää linkin vastattavaksi tai täydennettäväksi välitallennuksen jälkeen sopivaksi katsomallenne taholle.

Lisätietoja selvityksestä: [mervi.lehmusaho@kuh.fi](mailto:mervi.lehmusaho@kuh.fi).

1. Valitse kunta, jota vastaus koskee:

Kunta, jota vastaus koskee:

**Ohje:** Valitkaa alla olevista vaihtoehtoista kuntanne tilannetta parhaiten kuvaava vaihtoehto. Voitte täydentää vastaustanne tekstikenttään tai lisätietoja kohtaan.

### TERVEYDENHUOLTOLAKI, 2. LUKU: TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN

*Tässä osiossa selvitetään, miten terveydenhuoltolain 2. luvun pykälissä 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20 ja 21 kuvatut asiat toteutuvat kunnassanne tai yhteistoiminta-alueellanne.*

11 § Terveys- ja hyvinvointivaikutusten huomioon ottaminen

2. Käytetäänkö kuntanne päätöksenteossa ja asioiden valmistelussa toimintatapoja, joilla huomioidaan päätösten vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin? (Tehdäänkö esimerkiksi vaikutusten ennakkoarviointia?)

- ☐ Kyllä. Miten ja missä?
- ☐ Kyllä osittain. Miten ja missä?
- ☐ Ei

3. Lisätietoja:



## 12 § Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kunnassa

### 4. Onko kunnassanne nimetty terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutaho tai -tahot?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei
- ☐ Vastuutaho on sovittu yhteistoiminta-alueelle.
- ☐ Vastuutahoja on useita. Kuvaileaa tarkemmin:

### 5. Toimiiko kunnassanne hyvinvointityöryhmä?

- ☐ Kyllä. Kuka toimii työryhmän puheenjohtajana?
- ☐ Ei
- ☐ Ei, mutta hyvinvointiasiat käsitellään ja sovitaan kunnan toisessa työryhmässä. Missä?
- ☐ Yhteistoiminta-alueen kunnilla on yhteinen hyvinvointiryhmä.

### 6. Minkä tahojen kanssa kunnassanne tehdään yhteistyötä väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi? (Täydentäkää vastausta esimerkein.)

- ☐ Kunnan eri toimialat. Mitkä?
- ☐ Muut julkiset tahot. Mitkä?
- ☐ Yksityiset yritykset. Mitkä?
- ☐ Yhteisöt, esim. järjestöt, yhdistykset. Mitkä?
- ☐ Muut. Mitkä?
- ☐ Ei tehdä yhteistyötä.

### 7. Lisätietoja:

### 8. Onko kunnassanne käynnistetty hyvinvointikertomustyö?

- ☐ Kyllä Kuka tai mikä taho valmistelee?
- Minä vuonna laajempi hyvinvointikertomus viedään valtuustokäsittelyyn?
- ☐ Ei

### 9. Seurataanko kunnassanne asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä ja tehtyjä toimenpiteitä väestöryhmittäin?



- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

10. Raportoidaanko kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä toteutuneista toimenpiteistä kunnanvaltuustolle vuosittain?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

11. Lisätietoja:

Tallenna ja keskeytä

13 § Terveysneuvonta ja tarkastukset

12. Järjestetäänkö kunnassanne asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa? (Esim. työ- ja toimintakykyä sekä mielenterveyttä ja elämäntilannetta tukevaa neuvontaa)

- ☐ Kyllä. Missä, miten ja keiden toimesta?
- ☐ Ei

13. Järjestetäänkö terveysneuvonta ja terveystarkastukset myös opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

14. Lisätietoja:

14 § Seulonnat

15. Järjestetäänkö kunnassanne valtakunnallisen seulontaohjelman mukaiset seulonnat ([Valtioneuvoston asetus seulonnoista 339/2011](#))?

- ☐ Kyllä
- ☐ Osittain kyllä
- ☐ Ei

16. Lisätietoja:

15 § Neuvolapalvelut, 16 § Kouluterveydenhuolto, 17 § Opiskeluterveydenhuolto

17. Toteutuuko kunnassanne neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto uusimman [valtioneuvoston asetuksen \(338/2011\)](#) mukaisesti?

	Kyllä	Kyllä osittain	Ei
a. Neuvolatoiminta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Kouluterveydenhuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Opiskeluterveydenhuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Lisätietoja:

20 § Iäkkäiden neuvontapalvelut ja terveystarkastukset

19. Järjestetäänkö kunnassanne alueen vanhuseläkettä saaville henkilöille hyvinvointia ja terveyttä edistäviä neuvontapalveluja seuraavista aiheista?

- ☐ Elintavat, sairauksien ja tapaturmien ehkäisy
- ☐ Terveiden ja toimintakyvyn heikkenemisen tunnistaminen ja niihin liittyvä varhainen tuki
- ☐ Sairaanhoidon ja turvallisen lääkehoidon ohjaus
- ☐ Iäkkäiden neuvontapalveluja ei ole järjestetty

20. Lisätietoja:

21. Järjestetäänkö kunnassanne lisäksi

	Kyllä	Ei
a. Iäkkäiden asukkaiden terveystarkastuksia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Iäkkäiden asukkaiden hyvinvointia lisääviä kotikäyntejä?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Lisätietoja:

Tallenna ja keskeytä

#### 21 § Ympäristöterveydenhuolto

23. Miten kuntanne ympäristöterveydenhuolto on järjestetty? (laki 410/2009)

☐ Omassa kunnassa

☐ Yhteistoiminta-alueella

☐ Jollakin muulla tavalla. Miten?

24. Lisätietoja:

### TERVEYDENHUOLTOLAKI, 4. LUKU: TERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖ JA ALUEELLISET PALVELUT

*Tässä osiossa selvitetään, miten terveydenhuoltolain 4. luvun pykälissä 32, 34 ja 36 kuvatut hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiat pitäisi mielestänne huomioida alueellisissa suunnitelmissa.*

#### 32 § Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö

25. Mitä yhteistyökäytäntöjä kuntanne sosiaali- ja terveydenhuollossa on asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi? (Esim. varhainen puuttuminen, mini-interventiot)

#### 34 § Terveystieteiden järjestämissuunnitelma ja

36 § Terveystieteiden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen alueellisesti

26. Mistä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen asioista toivotte sovitettavan Pohjois-Savon alueen kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa vuosille 2013-2016 tai muissa alueellisissa strategioissa ja suunnitelmissa ottaen huomioon kuntanne eri toimialat tai yhteistoiminta-alue? (Valitkaa vaihtoehtoja tai lisätkää haluamianne vaihtoehtoja.)

		Erittäin tärkeä	Tärkeä	En osaa sanoa
Alueellisen ravitsemussuunnitelman laatiminen		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alueellisen terveysliikuntasuosituksen laatiminen		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Savuttomuuden tukeminen		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Päihdehaittojen vähentäminen		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ikääntyneiden toimintakyvyn tukeminen		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syrjäytymisvaarassa olevien terveyden edistäminen		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Joku muu, mikä?	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Joku muu, mikä?	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Lisätietoja:

28. Mille taholle sopii mielestänne parhaiten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen alueellinen koordinoitavastuu Pohjois-Savossa?

29. Miten sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (mukaan lukien shp:n koordinoimat hankkeet) on onnistunut tehtävässään tarjota asiantuntemusta ja tukea kunnille?

	Erittäin hyvin	Hyvin	En osaa sanoa	Huonosti	Erittäin huonosti
a. Järjestämällä koulutusta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Kokoamalla hyvinvointi- ja terveysseurantatietoja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Levittämällä kuntien käyttöön sairauksien ja ongelmien ehkäisyn näyttöön perustuvia toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Lisätietoja:

31. Voitte esittää myös muita toiveitanne sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikölle.

32. Ketkä ovat olleet vastaamassa tämän selvityksen kysymyksiin?

☐ Kunnanjohtaja

☐ Kunnan johtoryhmä

☐ Kunnan hyvinvointityöryhmä

☐ Hyvinvointikertomuksen pääkäyttäjä

☐ Joku muu. Kuka, ketkä tai mikä?